90132

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1932

TOME DEUXIÈME



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS, H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XIV[e] SÉRIE — 90[e] ANNÉE — 1932

TOME DEUXIÈME



90152

MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE

PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUATORZIÈME SÉRIE - 90e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

Identification délirante et fausse reconnaissance, par MM. Paul Courbon et Jean Tusques 1
La croyance de l'halluciné. (A propos des études de M. Quercy sur l'hallucination), par M. Henri Ey 13
La mimique vocale, par Georges Dumas 129
Autoconduction. Automatisme. Coenesthésie, par M. Raymond Mallet .. 157
Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions, par MM. Henri Claude et Henri Ey 273
Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère, par MM. Heuyer et Baille 317
La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? (Inoculations, Les les lésions provoquées), par MM. F. d'Hollander et Rouvroy (de Louvain) 417
L'effet stéréoscopique et en général les « effets » psychiques, par M. Revault d'Allonnes 430
Nouvelle forme d'hallucination auditive verbale, par MM. Gonzalo Bosch et Fernando Gorriti (de Buenos-Aires) 439
Quelques souvenirs d'un passé récent, par M. René Semelaigne 561
Psychose mixte. (Délire hallucinatoire de compensation à double forme), par MM. J. Capgras et E. Joaki 574
L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs, par MM. A Porot et D.-C. Arrii 588

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pages

Statuts 332

Séance du jeudi 9 Juin 1932

Correspondance 38
Délire localisé de persécution avec bienveillance générale, par M. Paul Courbon et Mme Francès 38
Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme préfrontal, par MM. H. Claude, L. Le Guillant et P. Masquin 43
Délire de jalousie chez un parkinsonien postencéphalitique, par MM. R. Dupouy, A. Courtois et J. Borel 49
Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique, par MM. L. Marchand et A. Courtois 55

Séance du lundi 27 juin 1932

Adoption au procès-verbal 66
Correspondance 66
Election de trois membres correspondants nationaux 67
Election d'un membre associé étranger 67
Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique, par MM. Laignel-Lavastine et P. Kahn 68
La mimique vocale, par M. G. Dumas 74
Du délire onirique au délire d'interprétation, par M. F.-Achille Delmas .. 77
Etude séméiologique de quelques épreuves d'adresse, par MM. Th. Simon et P. Larivière 80
Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales, par M. C. Parhon et Mlle Gherta Werner 87

Séance du jeudi 21 juillet 1932

Correspondance 169
Subvention du Conseil Municipal de Paris 170
Un cas d'hérédité précessive, par MM. Rondepierre et Taquet 170
Une tentative étrange de suicide. Considérations sur le suicide « favorisé », par MM. Dupouy et Pichard 173
Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno-résistante, par MM. Claude, Baruk et Henri Ey 178
Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie, par MM. Borel et Henri Ey 181
Séquelles mentales de diphtérie avec complications nerveuses, par MM. Toulouse, A. Courtois et P. Sivadon 185
Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère, par MM. Heuyer et Baille 194
A propos de l'anatomie pathologique de la démence précoce, par M. Henri Claude 195
Délire aigu d'origine alcoolique, par MM. E. Joaki et J. Rondepierre 197

Seance du lundi 24 octobre 1932

Pages

Décès du Dr Marc TRÉNEL, ancien président 340
Adoption du procès-verbal 342
Correspondance 342
Décret modifiant les statuts de la Société 343
Reconnaissance d'utilité publique du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française 343
Date de l'Assemblée générale de décembre 343
Election d'un membre associé étranger 343
Les érythèmes toxiques au cours des états psychopathiques, par MM. BUSSARD et P. CARRETTE **344**
Confusion mentale et pyélonéphrite, par MM. E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI **348**
Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux, par MM. H. BARUK, Max BIDERMANN et ALBANE **352**
Recherches biologiques dans la démence précoce, par MM. Xavier et Paul ABÉLY et H. COULÉON **359**
Essais de greffes pluriglandulaires et expériences consécutives dans la démence précoce, par MM. Xavier et Paul ABÉLY, PASSEK et COULÉON **367**

Séance du jeudi 10 novembre 1932

Décès du Dr Pierre KAHN, membre titulaire 447
Activité procédurière ininterrompue pendant 40 ans chez une délirante processive, fille d'aliénée, par MM. LÉVY-VALENSI, MIGAULT et CARON **448**
Un cas d'amnésie rétrograde totale, par MM. F.-Achille DELMAS et DOITEAU **454**
Délire aigu post-opératoire par encéphalite. Thrombose de l'aorte et de l'iliaque gauche ; nécrose partielle du pancréas, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS **459**

Séance du lundi 28 novembre 1932

Allocution de M. MARCHAND, président 465
Adoption du procès-verbal 465
Correspondance 465
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire 466
Election d'un membre correspondant national 466

Séance réservée à l'étude des rapports de la tuberculose et de la démence précoce

La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées, par MM. F. d'HOLLANDER et ROUVROY **467**
Ultra-virus tuberculeux et démence précoce, par MM. E. TOULOUSE, P. SCHIFF, J. VALTIS et F. van DEINSE **474**
Tuberculose et démence précoce : recherches expérimentales. Epilepsie, catatonie expérimentale et ulcérations locales (phénomène de Koch ?) après injection à des cobayes allergiques de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, par MM. H. BARUK, Max BIDERMANN et ALBANE **486**

Pages

La démence précoce peut-elle être considérée comme une méningo-encéphalite due à un ultra-virus neurotrope de nature tuberculeuse ? Résumé de quelques preuves morphologiques, cliniques et expérimentales, par M. L. COUDERC **496**

Séance du jeudi 8 décembre 1932

Hypomanie délirante, par MM. LÉVY-VALENSI, MASQUIN et MARESCHAL..... **612**
Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique, par MM. H. CLAUDE, H. BARUK et J. FORESTIER..... **617**
Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique, par M. A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ..... **624**
Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS..... **627**
Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, par M. TINEL **632**

Séance du jeudi 22 décembre 1932

Assemblée générale : Adoption du procès-verbal..... 624
Correspondance..... 634
Prix de la Société Médico-Psychologique..... 635
Modifications au Règlement..... 635
Décisions du Conseil d'Administration concernant les Communications des personnes étrangères à la Société..... 637
Rapport de la Commission des Finances..... 637
Election du Bureau pour 1933 638
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1933..... 639
Conseil d'Administration 639
Commission des Finances 640
Election d'un membre correspondant national..... 640
Election d'un membre associé étranger..... 640
Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébéphrénie, par MM. Henri CLAUDE, Georges BOURGUIGNON et Henri BARUK **641**
Régression complète d'un syndrome hébéphréno-catatonique après mastoïdite opérée, par MM. Paul COURBON et Jean TUSQUES..... **658**
Récidive d'une paralysie générale en régression après torsion sigmoïdienne, par MM. Paul COURBON et Jean TUSQUES..... **663**
Le chlore cérébral dans certaines psychoses, par M. Mares CAHANE..... **664**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII[e] Congrès de Médecine Légale de Langue française

(Paris, 23, 24 et 25 mai 1932)

Rapports

Pages

1. Les lésions du foie daus la mort par submersion, par M. E. MARTIN 99
2. Traumatismes et syndromes parkinsoniens, par MM. NAVILLE et de MORSIER. 99
 Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique, par MM. LANDE et DERVILLEE 101
3. La psychanalyse en médecine légale, par M. GÉNIL-PERRIN 101

Communications

Le vol généreux, par MM. HEUYER et DUBLINEAU 107
Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre, par M. le professeur BALTHAZARD 107
Périarthrite scapulo-humérale avec calcification et ossification périarticulaires, par M. le professeur MAUCLAIRE 107
Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail, par M le professeur SOREL 107
Le choc alvéolaire dans la submersion, par MM. les professeurs LECLERCQ et MULLER 108
Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb, par MM. PIÉDELIÈVRE et Pierre-E. MARTIN 108
Les réactions nucléaires dues aux toxiques, par M. le professeur de LAET 108

Réunion Européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales

(30 mai 1932)

Rapports

1. Eugénique et prophylaxie mentale, par M. le professeur RÜDIN 108
2. Les services ouverts pour psychopathes, par MM. E. TOULOUSE, R. DUPOUY et A. COURTOIS 109
3. Projet d'unification internationale de la statistique des aliénés, par M. H. BERSOT 111

Communications

Sur la nouvelle organisation de l'assistance aux psychopathes en Espagne, par M. José GERMAIN 112
Psychiatrie comparée et hygiène mentale, par MM. SACRISTAN et J. GERMAIN 112
Quelques suggestions à propos de la future activité de la Ligue internationale d'Hygiène mentale, par M. MIRA 112
Prophylaxie du suicide, par M. PLACZEK 112

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

XXXVI^e Session. — (Limoges, 25-30 juillet 1932)

Pages

Séance inaugurale 219

Rapports

1. **Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie**, par M. A. DELMAS **219**
2. **Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau**, par M. MOREAU **224**
3. **La protection des biens des psychopathes. Le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devait jouer**, par M. J. LAUZIER **226**

Communications

La dynamique et la statique des constitutions, par MM. P. COURBON et J. TUSQUES 229
Les constitutions mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie, par M. H.-M. FAY 230
Faut-il admettre les constitutions « schizoïde » et « épileptoïde » ?, par M. L. NEUBERGER 230
La connaissance des constitutions et la psychothérapie, par M. ALEXANDER... 230
Morphologie et caractérologie (en particulier des délinquants), par M. W. BOVEN 230
Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal en psychiatrie : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique, par M. G. PETIT 231
Du rôle prédominant des infections par ultravirus dits neurotropes dans le déterminisme des psychoses et des psychopathies, par M. G. PETIT 231
Complexe et délire, par M. A. LEY 232
Les psychoses paranoïdes, par M. PRIVAT de FORTUNIÉ 232
Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon, par MM. F. d'HOLLANDER et Ch. ROUVROY 232
De la sclérose en plaques aiguë, par MM. CESTAN, RISER, LABRO et Mlle de VALS 233
Microcéphalie et encéphalopathie chez un infantile « enfant du radium », par MM. H. ROGER et HANGER 233
Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale, par M. E. LAUBIE 233
Sur l'influence de quelques substances pharmacodynamiques sur le système nerveux, par M. V. VONDRACEK 233
Sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutif à une atteinte du nerf cubital droit avec syndrome de Claude Bernard-Horner, par MM. DEMERLIAC et DUPYTOUT 234

Pages

Sur un cas de syringomyélie avec mutilation des doigts, par MM. DEMERLIAC et DUPYTOUT 234
Comportement d'une réaction particulière du liquide céphalo-rachidien et de l'urine dans des conditions diverses, par M. DONAGGIO 234
L'organisation de l'Assistance psychiatrique en Algérie, par MM. LASNET et POROT 234
Le rôle du Dispensaire d'Hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la protection des biens de certains malades mentaux, par M. ALEXANDER 234
Opothérapie épiphysaire chez les arriérés verbaux, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. FAY 235
Les indications de la malariathérapie en psychiatrie, par M. P. VERSTRAETEN. 235
L'hyposulfite de magnésium en psychiatrie, par M. A. LÉONET 235

XII[e] Réunion neurologique internationale annuelle

(Paris, Salpêtrière, 31 mai et 1[er] juin 1932)

1. Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies, par M. J. ABADIE... 226
2. Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie, par M. Ph. PAGNIEZ 243
3. Acquisitions récentes concernant la symptomatologie, par M. O. CROUZON. 247
4. Etat actuel du traitement de l'épilepsie, par M. O. CROUZON 248
5. Anatomie pathologique de l'épilepsie, par M. O. CROUZON 249
6. L'épilepsie psychique, par M. J. ABADIE 249
7. Etat actuel des questions sociales concernant l'épilepsie, par M. O. CROUZON 250

Communications

Inconscience de l'épileptique vis-à-vis de la gravité de ses crises, par M. P. COURBON et Mme FRANÇÈS 252
Quatre cas d'épilepsie d'origine pleuro-pulmonaire, par MM. P. COSSA et DESTRES 252
Traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique, par M. PUUSEPP 252
L'épilepsie jacksonienne par vascularite, par MM. RISER, DUCOUDRAY et PLANQUES 252
Epilepsie et varices méningées, par M. BRUNSCHWEILER 253
Traitement chirurgical des crises jacksoniennes post-apoplectiques, par MM. JENTZER et de MORSIER 253
A propos de la thérapeutique de l'épilepsie, par M. MORIN 253
Paludisme et épilepsie, par M. POROT 253
Phénomène de Magnus et de Kleyn transitoire du côté malade chez une hémiplégique ancienne au cours d'un état de mal épileptique, par MM. R. GARCIN et LAPLANE 253
L'épilepsie solitaire des tumeurs cérébrales, par MM. RISER, DUCOUDRAY et LAPORTE 253
Les convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie, par MM. HEUYER et DUBLINEAU 254
Calcification intracérébrale chez un épileptique, par M. SUBIRANA 254

Pages

Données expérimentales et cliniques à l'appui d'un centre végétatif épileptogène dans la région di-encéphalique, par M. SALMON 254
Sur le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des accès épileptiques, par M. BOLSI 254
Hyperkinésie d'allure épileptique. Crises épileptiques simulant la chorée chronique, par M. BRUNSCHWEILER..... 254
Epilepsie avec hypotension cranienne probable, par M. BRUNSCHWEILER..... 255
Note statistique sur l'épilepsie, par MM. SCHROEDER et JACOBSEN 255
Rôle des spasmes vasculaires, des troubles endocriniens et des troubles sympathiques dans la pathogénie de l'épilepsie, par M. ETIENNE..... 255
Sur la physiologie pathologique des épilepsies, par M. A. TOURNAY..... 255
Clinique, pathologie et traitement des épilepsies, par M. DIDE..... 255
Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire pendant la période interconvulsive, par M. FEDELO NEGRO 255
Le procédé d'H. Delagenière dans le traitement de l'épilepsie essentielle, par M. Y. DELAGENIÈRE..... 256
Le traitement chirurgical de l'épilepsie, par M. LAUWERS 256
Rapport sur l'épreuve de l'hyperpnée dans l'épilepsie, par MM. BAUDOUIN et SCHAEFFER..... 256
Classification des tumeurs neuroectodermiques primitives de la moelle, des racines et de leurs enveloppes, par M. L. CORNIL..... 257

XIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Gand, 24-25 septembre 1932)

Rapports

1. Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance, par MM. J. DAGNELIE, R. DUBOIS, F. FONTEYNE, R.-A. LEY, M. MEUNIER et L. van BOGAERT..... 373
2. Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux, par M. Ch. MASSAUT 375

Communications

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon, par MM. d'HOLLANDER et ROUVROY..... 376
Présentation de malades, par M. DEWULF..... 376
Encéphalopathies familiales infantiles, par M. de Vos..... 376
La répartition psychiatrique des délinquants anormaux internés en vertu de la loi belge de défense sociale, par M. L. VERVAECK..... 376
Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, par M. de STELLA..... 376
Proportion des syphilis nerveuses dans la pratique courante, par M. DAUWE. 376
Neurasthénie et inflammation disséminée du système nerveux par M. A. LEROY 377
Un cas d'hémorragie pédonculaire avec paralysie des mouvements conjugués des yeux, par M. P. Van GEHUCHTEN..... 377
Syndrome amyostatique, par M. LARUELLE..... 377
Les rapports de la psychose hallucinatoire et de la syphilis du cerveau, par M. S. HAMEL 377

Pages

Epilepsie par tumeur kystique résultant d'une porencéphalie acquise. Mort subite au cours d'une crise par rupture du kyste et inondation méningée, par MM. FOLLY et COFFINEY 377
Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, par MM. G. VERMEYLEN et HEERNU 377
Perversité et perversion émotives, par M. Achille DELMAS 377
Troubles de l'activité volontaire, par M. HAMELINCK 378
Cas cliniques, par M. de BUSSCHER 378
Deux cas médico-légaux d'encéphalite létargique, par M. HOVEN 378
Le niveau intellectuel des délinquants, par M. de GREEF 378
Etude psychologique de l'inspiration poétique, considérée comme la persistance d'un état imaginatif infantile, par M. FOLLY 378

88e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association

(Philadelphie, 31 mai-3 juin 1932)

Discours annuel, par M. Henry DONALDSON 677
Les tendances des recherches actuelles de la psychiatrie américaine, par MM. J.-C. WHITEHORN et G. ZILBOORG 678
Corrélation entre la psychanalyse et l'œuvre expérimentale de Pavlov, par M. Thomas FRENCH 678
Les psychoses schizo-affectives aiguës, par M. J. KASANIN 679
De la manière de traiter en pratique les problèmes d'hygiène mentale à l'Université de Californie, par M. K. SMITH 679
La suggestion par la pratique de la psychothérapie, par M. O. RAEDER 679
Psychothérapie intensive dans un hôpital clinique, par M. L. SMITH 680
Psychothérapie en pratique privée, par M. THOM 680
Les éléments dynamiques de la détermination du type de réaction psychiatrique, par M. MALAMUD 681
Emotions et conscience au cours des encéphalopathies, par M. L.-B. ALFORD 681
Lésions cérébrales lors de la naissance, par MM. PATTEN et ALPERS 682
De l'importance d'étudier les artérioles corticales dans l'analyse des problèmes psychiatriques, par M. WINKLEMAN 682
L'encéphalographie dans 50 cas de démence précoce, par M. T. MOORE 683
De la non-spécificité des lésions histopathologiques de la paralysie générale, par M. WERTHAM 683

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Pages

Séance du 3 juin 1932 89
Séance du 7 juillet 1932 204
Séance du 3 novembre 1932 500
Séance du 1 décembre 1932 669

Société française de Psychologie

Séance du 19 mai 1932 93
Séance du 10 novembre 1932 502

Société de Médecine légale de France

Séance du 13 juin 1932 208

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 4 juin 1932 92
Séance du 2 juillet 1932 210
Séance du 22 octobre 1932 503
Séance du 26 novembre 1932 672

Société belge de Neurologie

Séance du 4 juin 1932 95
Séance du 22 octobre 1932 504
Séance du 26 novembre 1932 673

Groupement belge d'Etudes Oto-Neuro-Oculistiques

Séance du 25 juin 1932 211

Société catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance des 7 et 24 mai 1932 214
Séance solennelle du 11 juin 1932 215
Séance du 21 juin 1932 216
Séances du 11 et du 25 octobre 1932 506
Séance du 29 novembre 1932 675

VARIÉTÉS

Pages

Académie de Médecine : prix décernés en 1932 704
Asiles publics d'Aliénés : Nominations 125, 269, 410, 555, 701
— — Association mutuelle des Médecins Aliénistes de France 125
— — Nécrologie 268, 410, 555
— — Légion d'honneur 268, 700
— — Médaille d'honneur de l'Assistance Publique, 269, 410 555
— — Médaille de l'Education physique 269
— — Médecin des Asiles blessé par l'un de ses malades.. 410
— — Vacances et création de postes 410, 555, 701
— — Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés 411
— — Concours pour 12 postes de Médecin des Asiles publics 411
— — Projet de désaffectation des locaux de l'Asile Sainte-Anne 701
Assistance psychiatrique : l'Assistance psychiatrique en Algérie 556
— — l'Assistance psychiatrique à la Martinique 557
Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie 128
Congrès de Médecine légale de langue française 127
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française : XXXVIe session (Limoges, 25-30 juillet 1932) 126
XXXVIIe session (Rabat, 7-13 avril 1933) 126, 412, 555
Reconnaissance d'utilité publique 412
Echo de la XXXVIe session 413
XXXVIIIe et XXXIXe sessions 556
Approbation du Réglement 703
Inscriptions 703
Inauguration de la Bibliothèque médicale de l'Asile Sainte-Anne 269
Institut des Hautes Etudes de Belgique 704
Législation (Nouvelle) espagnole sur l'Assistance psychiatrique : 269
Les Etablissements 270
L'isolement et l'internement. L'admission 270
Sortie et congés 271
Nécrologie : Marc Trénel (1866-1932) 414
— Ovide Decroly (1871-1932) 415
— J. Babinski (1857-1932) 557
— Pierre Kahn (1881-1932) 559
— Giulio Cesare Ferrari (1868-1932) 560
Société Médico-Psychologique : dates des séances 125, 268, 409, 554, 700
— — prix 409
— — nécrologie 554, 700
Société de Prophylaxie criminelle 127
Société suisse de Psychiatrie 414
Stérilisation des dégénérés 272

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

Abcès cérébral d'origine otique ; traitement chirurgical (Jean Piquet), 408.
— — ; traitement (Jean Piquet), 512.
Abcès de fixation et malariathérapie (Verstraeten), 94.
Activité nerveuse supérieure ; physiologie et pathologie (J. Pavlov), 258.
— volontaire (troubles de l') (Hamelinck), 378.
Adolescence (l') (Jacques Roubinovitch), 122.
Alcoolisation subarachnoïdienne pour le traitement des syndromes douloureux périphériques (A.-M. Dogliotti), 547.
Alcoolisme ; traitement par la persuasion à l'état d'hypnose (K. Kallenberg), 394 ; (A. Courtois), 540.
— ; les débits de boissons (M. Sieur), 540.
— (rôle de l'instinct de conservation dans la génèse de l') (R. Markuszewicz), 540.
Alexie et agraphie d'évolution (A. et J. Ley), 260.
— et agnosie (Paul Ranschburg et E. Schill), 260.
Amnésie rétrograde totale (F.-Achille Delmas et Doiteau), 454.
Amputés de guerre ; altérations osseuses tardives (Balthazard), 107.
Amyostatique (syndrome) (Laruelle), 377.
Analgésie et médicaments analgésiques (E. Starkenstein), 408.
Anévrysme suprasellaire (Ludo van Bogaert), 212.
Angiome (soi-disant) calcifié des méninges ; recherches anatomo-pathologiques (Knud Krabbe), 89.
Antisyphilitiques (règles générales des traitements) (Gougerot), 406.
Aparético-aphasique (syndrome) (Carlo de Sanctis), 261.
Aphasie de Wernicke avec automatisme verbal (O. Crouzon), 206.
Aponévrose palmaire (rétraction de l') par atteinte du nerf cubital (Demerliac et Dupytout), 234.
Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves manométriques du liquide céphalo-rachidien (Henri Roger, Y. Poursines et J. Alliez), 90.
Arriération mentale ; traitement par les rayons X (V. Wieser), 396.
— — ; mortalité (Neil-A. Dayton), 518.
Arriérés verbaux ; opothérapie épiphysaire (Laignel-Lavastine et H.-M. Fay), 235.
Artérioles corticales (importance des) dans l'analyse des problèmes psychiatriques (Winkleman), 682.
Assistance aux psychopathes en Espagne (José Germain), 112.
— psychiatrique ; patronage, 214.
— des malades psychiques en Espagne ; aspect juridique du Décret (L. Moles), 215.
— psychiatrique en Algérie (Lasnet et Porot), 234.
Assurances sociales (O. Crouzon), 691.
Ataxie frontale (R. Brun), 262.
Atrophie cérébelleuse tardive ; forme hyperspasmodique (L. van Bogaert et I. Bertrand), 205.
Autoconduction. Automatisme. Cœnesthésie (R. Mallet), 157.

B

Basedow (maladie de) ; traitement par l'iode (Casimiro Martinez Lopez et M. Lopez-Sendon), 398.
— — — — ; électro-radiothérapie et chirurgie (Delherm et Morel Kahn), 398.
— — — — ; effet du sang animal, du bore et du fluor (W. Orlowski), 546.
Bouillaud, pionnier de la Cardiologie et de la Neurologie (J.-D. Rolleston), 258.

(1) Les chiffres en caractères **gras** se rapportent aux Mémoires originaux, aux Communications à la Société Médico-Psychologique et aux Rapports du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Briggs (loi) ; 2 années d'application dans le Massachusetts (W. Overholser), 550.
Bulbe ; voies sympathiques ; syndromes hémibulbaires (K. Winther), 698.

C

Caractère (science du) (W. Boven), 113.
Causalgie (J.-A. Chavany), 529.
Cérébelleux (syndrome) précédé d'hypertonie de type parkinsonien (G. Guillain, R. Garcin et I. Bertrand), 698.
Cérébrales (lésions) lors de la naissance (Patten et Alpers), 682.
Cervelet (kyste du) ; ponction sous-occipitale (Bertil Sjövall), 408.
— ; évolution post-opératoire des astrocytomes (de Martel, J. Guillaume et R. Penet), 500.
Chirurgie nerveuse (E.-E. Lauwers), 124.
Chlore cérébral dans certaines psychoses (Mares Cahane), 664.
Chorée post-apoplectique (J. Lhermitte, J. de Massary et R. Albessard), 669.
— (hémi-) post-apoplectique ; lésion probable du corps de Luys (J. Lhermitte, J. de Massary et R. Albessard), 670.
Choréiques (syndromes) aigus ; thérapeutique salicylée (Lucien Cornil), 398.
Chronaxie ; définition, notions générales (G. Bourguignon), 525.
— chez l'homme ; technique (G. Bourguignon), 525.
— et fonctions musculaires (G. Bourguignon et R. Humbert), 526.
— sensitive et lois des réflexes (G. Bourguignon et A. Radovici), 526.
— du faisceau pyramidal normal et dans l'hémiplégie (G. Bourguignon), 526.
— sensorielle ; système optique et vestibulaire (G. Bourguignon et H. Baruk), 527.
— motrice et sensitive en pathologie (G. Bourguignon et D. Bennati), 527.
— (variations expérimentales de la) vestibulaire dans la catalepsie, l'hystérie et l'hébéphréno-catatonie (H. Claude, G. Bourguignon et R. Baruk), 641.
Circulation cérébrale (William Lennox), 530.
Cliniques (cas) (de Busscher), 378.
Code pénal italien ; réorganisation des établissements de peine (N. Palopoli), 550.
Codéine ; intoxication chronique (V. Haskovec), 517.
Collet (syndrome de) (Galant), 213.
Complexe et délire (Aug. Ley), 232.
Comte (Auguste) ; histoire mentale (J. Delvolvé), 524.
Confusion mentale et pyélonéphrite (E. Martimor et J. Brzezinski), 348.
Conscience (la notion de) au point de vue psychiatrique (L. Taussig), 519.
Constitutions (les) en Psychopathologie (Ach. Delmas), 219.
— (la dynamique et la statique des) (P. Courbon et J. Tusques), 229.
— (les) mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie (H.-M. Fay), 230.
— schizoïde et épileptoïde (L. Neuberger), 230.
— et psychothérapie (Alexander), 230.
Convulsions expérimentales (S. Bernard Wortis), 264.
Craniectomie décompressive spontanée (A. Subirana), 217.
Crépusculaires (états) épisodiques à hérédité similaire (K. Léonhart), 517.
Criminel (l'homme) et la Conférence internationale de Droit pénal (E. Toulouse), 553.
Croyance (la) de l'halluciné (Henri Ey), 13.
Cysticercose cérébrale de la région péribulbaire (Schmite et Lemoyne), 501.
—— et démence sénile (José-M. Cid et F.-J. Ferrer), 518.
—— (Divry, Christophe et Moreau), 674.

D

Décès ; vérification par une expérience médico-scientifique (Dopter, Camus, Brouardel, Balthazard et Roux), 542.
Défense sociale ; loi du 9 avril 1930 (J. van Parys), 551.
Déficients psychiques et retardés scolaires ; rééducation (Mlles H. Hoffer et Angles), 123.
Dégénérescence et glandes endocrines (van den Bosch), 210.
Délinquance infantile aux Etats-Unis (T. Reca), 552.
Délinquants tardifs (Alexander), 94, 553.
— habituels ; épreuve des « P » (J. Fuster), 214, 693.
— anormaux internés ; répartition psychiatrique en vertu de la loi belge (L. Vervaeck), 376.
— ; niveau intellectuel (de Greef), 378.

— (aliénés) à l'Asile spécial (Oliviers), 552.
Délirante processive ; activité procédurière ininterrompue pendant 40 ans (Lévy-Valensi, Migault et Caron), 448.
Délire localisé de persécution avec bienveillance générale (Paul Courbon et Mme Francès), 38.
Délire aigu d'origine alcoolique (E. Joaki et J. Rondepierre), 197.
—— post-opératoire par encéphalite (L. Marchand et A. Courtois), 459.
Délire onirique (du) au délire d'interprétation (F.-Achille Delmas), 77.
Démence traumatique (Fausta Guerner), 517.
Démence précoce. Recherches expérimentales (d'Hollander et Rouvroy), 98, 232, 376.
—— ; anatomie pathologique (Henri Claude), 195.
—— et tuberculose ; réactions allergiques (H. Baruk, Max Bidermann et Albane), 352.
—— ; recherches biologiques (Xavier et Paul Abély et H. Couléon), 359.
—— ; greffes pluriglandulaires (X. et P. Abély, Passek et Couléon), 367.
—— ; thérapeutique fébrile (Gino Mutins), 395.
—— ; origine tuberculeuse? (F. d'Hollander et Rouvroy), 417, 467.
—— et ultra-virus tuberculeux (E. Toulouse, P. Schiff, J. Valtis et F. van Deinse), 474.
—— et tuberculose ; recherches expérimentales par injection de liquide céphalo-rachidien à des cobayes (Henri Baruk, Max Bidermann et Albane), 486.
—— et méningo-encéphalite due à un ultra-virus neurotrope de nature tuberculeuse (Louis Couderc), 496.
—— ; traitement par la dernière méthode de Pilcz (Maère), 544.
—— ; constitution physique (A. Bernaux), 687.
—— ; phase somatique prodromique (D. Laurent), 687.
—— ; indifférence et apragmatisme sexuels (H. Touraine), 688.
Dengue ; séquelles nerveuses et psychiques (Ghiannoulatos), 388.
Dermographisme noir (P. Emdin), 540.
Desmotériophilie (A. Ley), 694.
Diabète insipide et adiposité hypophysaire avec quadriplégie (Matulay), 537.
Diphtérie ; séquelles mentales avec complications nerveuses (E. Toulouse, A. Courtois et Sivadon), 185.
Diplégie faciale corticale (Th. Alajouanine et R. Thurel), 501.
Dissimulation volontaire des troubles psychiques (A. Fribourg-Blanc), 694.
Douleurs des moignons d'amputation (René Leriche), 263.
Doulou (la) (Alphonse Daudet), 383.
Dyspepsies nerveuses (M. Chiray et P. Chêne), 120.

E

Education nouvelle ; Congrès International de Nice, 1932 (H. Wallon), 502.
Eidéiques (les phénomènes) (A. Ley), 503.
Empreintes d'étoffes sur les balles de plomb (Piédelièvre), 108
Encéphalite hémorragique ; psychose post-puerpérale (L. Marchand et A. Courtois), 55.
— puerpérale (Joseph-C. Yaskin), 389.
— avec éosinophilie anormalement élevée (Milton G. Bohrod, Arthur F. Goodyear et O.-O. Stanley), 531.
— colibacillaire de type schizophrénique (H. Claude, H. Baruk et J. Forestier), 617.
— psychosique aiguë azotémique (Chaillet), 686.
Encéphalite épidémique avec hémiplégie (Axel V. Neel), 391.
—— ; évolution foudroyante (William S. Middleton), 392.
—— ; traitement par le stramonium (Maudie M. Burns), 399.
—— ; séquelles (Georges Guillain et Pierre Mollaret), 508.
Encéphalite épidémique chronique ; symptômes fonctionnels nerveux (H.-I. Schou), 389.
———— ; température du corps (Reginald-R. Steen), 390.
———— à crises respiratoires et tétaniques (Mogens Fog), 390.
———— ; traitement par la fièvre récurrente (G. Höglund et V. H. Jögren), 399.
Encéphalite léthargique ; mouvements involontaires et crises oculogyres (Smith Ely Jelliffe), 121.
—— ; cas médico-légaux (Hoven), 378.
Encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance (J. Dagnélie, R. Dubois, P. Fonteyne, R.-A. Ley, M. Meunier et L. van Bogaert), 373.
— de la vaccine et des maladies éruptives généralisées (M. Kaplan et M. Bolgert), 387.
Encéphalitiques (troubles) diffus consécutifs à une fièvre typhoïde (de Busscher), 211.
Encéphalographie dans la démence précoce (T. Moore), 683.
— artérielle (E. Moniz), 695.

— ; insufflation d'air par ponction occipitale (E. Ask-Upmark), 695.
Encéphalo-myélite post-morbilleuse (Ludo van Bogaert, Borremans et Couvreur), 388.
— — aiguë ; altération leucocytaire du sang (B. Rodríguez-Arias), 507.
— — expérimentale (D. Paulian, D. Ionescu et I. Bistriciano), 699.
— — disséminée mortelle (J. Dagnélie et L. van Bogaert), 699.
Encéphalopathies familiales infantiles (de Vos), 376.
— (émotions et conscience au cours des) (L.-B. Alford), 681.
Endocriniens (troubles) ; interférométrie (Durupt et J. Lagarde), 533.
Enfant distrait et inattentif (Gilbert Robin), 118.
— ; développement de la notion du corps propre (Henri Wallon), 520.
Enseignement des infirmiers psychiatriques, 507.
Envie ; rôle social (Eugène Raiga), 119.
Epidurales (les injections gazeuses) (G. Aymès), 546.
— (injections) dans le traitement des sciatiques (F.-C. Lindemulder), 546.
Epilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde (Gilbert Robin), 118.
— mensuelle après castration (E. Laubie), 233.
— ; conceptions étiologiques modernes (J. Abadie), 236.
— ; acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie (Ph. Pagniez), 243.
— ; acquisitions récentes concernant la symptomatologie (O. Crouzon), 247.
— ; état actuel du traitement (O. Crouzon), 248.
— ; anatomie pathologique (O. Crouzon), 249.
— ; psychique (J. Abadie), 249.
— ; état actuel des questions sociales (O. Crouzon), 250.
— ; inconscience vis-à-vis de la gravité des crises (P. Courbon et Mme Francès), 252.
— ; d'origine pleuropulmonaire (P. Cossa et Destres), 252.
— ; traumatique ; traitement chirurgical (Puusepp), 252.
— ; jacksonienne par vascularite (Riser, Ducoudray et Planques), 252.
— et varices méningées (Brunschweiler), 253.
— ; thérapeutique (Morin), 253.
— et paludisme (Porot), 253.
; état de mal ; phénomène de Magnus et de Kleyn (R. Garcin et Laplane), 253.
— solitaire des tumeurs cérébrales (Riser, Ducoudray et Laporte), 253.
— et convulsions de l'enfance (Heuyer et Dublineau), 254.
— ; calcification intracérébrale (Subirana), 254.
— ; centre végétatif épileptogène diencéphalique (Salmon), 254, 264.
— ; rôle des spasmes vasculaires (Bolsi), 254.
— simulant la chorée chronique (Brunschweiler), 254.
— avec hypotension cranienne probable (Brunschweiler), 255.
— ; note statistique (Schroeder et Jacobsen), 255.
— ; spasmes vasculaires ; troubles endocriniens et vago-sympathiques (Etienne), 255.
— ; physiologie pathologique (A. Tournay), 255.
— ; clinique, pathologie et traitement (Dide), 255.
— ; hippus et mydriase avec rigidité pupillaire pendant la période interconvulsive (Fedelo Negro), 255.
— ; traitement par le procédé d'H. Delagenière (Y. Delagenière), 256.
— ; traitement chirurgical (Lauwers), 256.
— ; épreuve de l'hyperpnée (Baudouin et Schaeffer), 256.
— ; signe de Babinski ; réactions cardio-vasculaires ; modifications respiratoires et pupillaires (J. Notkin, Helen C. Combs et F. H. Pike), 265.
— ; formes conscientes de l'automatisme verbal et comitial (Mlle Gabrielle Lévy), 265.
— ; automatisme ambulatoire suivi d'inertie psychomotrice (Roma Amyot), 265.
— et menstruation (V.-U. Giacanelli), 266.
— (la fosse postérieure dans l') (George-W. Swift), 266.
— avec tétanie parathyroïdoprive (Einar Geert-Jörgensen), 266.
— par tumeur kystique (Folly et Coffiney), 377.
— (régime cétogène dans l') (Ph. Pagniez), 546.
— ; chlorure de sodium et équilibre hydrique (Frederick Proescher et W.-S. Thomas), 531.
— (les glandes endocrines dans l') (Fabio Pennachi), 533.
— ; traitement par le gardénal et le somnifène (W. Gorzkowski), 545.
— (de Greef), 672).
Epreuves d'adresse ; étude séméiologique (Th. Simon et P. Larivière), 80.
Erotomanie (Goemans), 210, 695.
Erythèmes toxiques au cours des états psychopathiques (Bussard et Paul Carrette), 344.

Etat terminal des maladies mentales non organiques (Pierre PRENGOWSKI), 515.
Eugénique et prophylaxie mentale (RÜDIN), 108.
Expérience (de l') à la notion de causalité et à la représentation symbole (E. WALLON), 523.

F

Face ; dissociation des mouvements volontaires et émotionnels (I.-M. ALLEN), 259.
Faciale (hémiatrophie) progressive (MOLLARET), 206.
Fièvre ondulante ; symptômes nerveux (G. NEVE), 389.
Fracture du crâne ; déchirure de la surface orbitaire des lobes frontaux (E. S. GURDJIAN et N. H. SCHLAFER), 697.

G

Gliome occipital gauche (E. TOLOSA), 506.
Guillain-Thaon (syndrome de) (NAYRAC et LASSURE), 90.

H

Hallucinations (Pierre QUERCY), 114.
— ; pseudo-hallucinations et obsessions (Henri CLAUDE et Henri EY), 273.
— ; neurobiologie (Raoul MOURGUE), 380.
— auditives verbales (Gonzalo BOSCH et Fernando GORRITI), 439.
Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno-résistante (CLAUDE, BARUK et Henri EY), 178.
Hébéphréno-catatonique (syndrome) ; régression après mastoïdite opérée (P. COURBON et J. TUSQUES), 658.
Hémato-encéphalique (la barrière) Mlle L. STERN), 504.
Hémorragie pédonculaire avec mouvements conjugués des yeux (P. van GEHUCHTEN), 377.
Hémorragies et thromboses du cerveau ; pression et liquide céphalo-rachidien (Knud H. KRABBE et Einar GEERT-JÖRGENSEN), 531.
— méningées sous-arachnoïdiennes spontanées de l'adulte (J. ABADIE et R. BARGUES), 697.
Hérédité précessive (RONDEPIERRE et TAQUET), 170.
— et Races (L. MAC-AULIFFE, A. CONSTANTIN, J. MONCHANIN, A. VALENTIN, E. LÉTARD, L. CUÉNOT, A. LÉONET, L. MAYET, A. PHILIP et C. PETIT), 509.
Hommes (les) au point de vue biologique (Etienne RABAUD), 522.
Hydrocéphalie (SANO), 211.
Hygiène mentale (Ligue Internationale d') (MIRA), 112.
— — (Josef LUNDAHL), 123.
— — (Dispensaire d') et Office de réadaptation sociale (ALEXANDER), 234.
— — (problèmes de l') à l'université de Californie (K. SMITH), 679.
Hypertension intracranienne ; thérapeutique chirurgicale (Manuel BALADO), 406.
Hyperthyroïdie; traitement (A. PUECH), 397.
— ; traitement par le fluorure de sodium (Léon GOLDEMBERG), 397.
— et tuberculose (G. MARAÑON), 534.
— ; interférométrie et métabolisme de base (LAIGNEL-LAVASTINE et BOQUIEN), 535.
— (chirurgie de l') (L. BÉRARD), 546.
Hypnotisme (l') dans les cliniques psychiatriques (H. HART), 394.
— ; études expérimentales (J. BILLSTRÖM), 394.
Hypoesthésie affective, perversité, syndrome épileptique et mythomanie post-encéphalitique (HUERGO et SPERONI), 390.
Hypomanie délirante (LÉVY-VALENSI, MASQUIN et MARESCHAL), 612.
Hypophyse ; thérapeutique des tumeurs (V. MAZAL), 407.
— (lobe postérieur de l') et gestation (J.-T. BLANCO), 537.
— (hormone du lobe antérieur de l') ; étude physiologique et clinique (G. LAROCHE et H. SIMONNET), 537.
Hystérie (G. MARINESCO et Mlle Marie-J. NICOLESCO), 385.
— et réflexes conditionnels (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER), 385.

I

Identification délirante et fausse reconnaissance (P. COURBON et J. TUSQUES), 1.
Impaludation cérébrale (Maurice DUCOSTÉ), 402.
Impulsivité (l') criminelle chez l'indigène algérien (A. POROT et D.-C. ARRI), 588.
Infundibulo-mésodiencéphalique (syndrome) (LHERMITTE, BOLLAK et DELABOS), 669.

Inhibition ; analyse physiologique et clinique (H. AGADJANIA), 258.
Inspiration poétique, persistance d'un état imaginatif infantile (FOLLY), 378.
Intoxication oxycarbonée aiguë ; hypertonie et troubles du psychisme (CHAVANY, DAVID et GILBERT-DREYFUS), 387.
Intuition délirante (R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU), 117.
— (Edmond GOBLOT), 523.
Invention (biologie de l') (Charles NICOLLE), 511.

J

Jacksoniennes (crises) post-apoplectiques ; traitement chirurgical (JENTZER et de MORSIER), 253.

K

Korsakoff (syndrome de) d'origine paludéenne (VERSTRAETEN et de VOS), 672.

L

Labyrinthite hérédo-syphilitique ; signe fistulaire (HENNEBERT), 212.
Lactothérapie dans les états d'agitation (R. SILVA et H. PIÑERO), 543.
Lapsus graphiques ; auto-observation (J. BILLSTRÖM), 525.
Leucodystrophies familiales (Ludo van BOGAERT), 89.
Leucoencéphalites (M. MOREAU), 224.
Lipomes symétriques et polynévrite, simulant une maladie de Recklinghausen (B. RODRÍGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA), 675.
Liquide céphalo-rachidien et de l'urine (réaction particulière du) (DONAGGIO), 234.

M

Magnésium (l'hyposulfite de) en psychiatrie (A. LÉONET), 235.
Malades (présentation de) (DEWULF), 376.
— ; entourage ; le médecin (P. RUBÉNOVITCH), 394.
Maladies mentales ; recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K ; Ca, (C. PARHON et Mlle Gherta WERNER), 87.
—— (le Lactobacille acidophile dans les) (Nicolas KOPELOFF, N. BLACKMANN et B. Mc. GINN), 530.
Malaria inoculée, cause de malaria congénitale (H. SCHADOW), 404.
— ; inoculation ; rupture de la rate (IACOBI et HERHOLTZ), 405.
— chez les oiseaux et toxine tétanique (H.-A. KEMP, H.-R. GOLD et C.-B. SHUEY), 532.
Malariathérapie ; indications (P. VERSTRAETEN), 235.
— (K. MIKULSKI et A. LISZKA), 401 ; (Stanislas SWIERCZEK), 402.
— ; son action ; nature de la paralysie générale (Pierre BOURGEOIS), 403.
— et lésions cérébrales de la paralysie générale (PAULIAN et BISTRICEANU), 403.
— dans la paralysie générale (Tancredi CORTESI), 404.
— ; contre-indications (Pierre BRONVILLE, Jacques LEY et Jean TITECA), 404.
— ; paralysie générale et diabète (Juan-M. OBARRIO et Alejandro-J. PETRE), 404.
— dans la schizophrénie (St. SWIERCZEK), 544.
— et abcès de fixation (P. VERSTRAETEN), 545.
— dans l'épilepsie (St. SWIERCZEK), 545.
Médecine légale (précis de) (Etienne MARTIN), 684.
Médulloblastomes (DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU), 96.
— du vermis (E. TOLOSA), 676.
Mélancolie d'involution ; traitement par l'hormone ovarienne (K.-M. BOWMAN et L. BENDER), 543.
Mélancoliques (états) et anxieux ; modifications des échanges organiques (Ch. MASSAUT), 375.
Méningiome de la scissure de Sylvius (de MARTEL, J. GUILLAUME et R. PENET), 501.
Méningite dite « séreuse » ; hypertension intracranienne (Jean SAUCIER), 267.
— à pneumocoque traitée par le permanganate de potassium (M.-H. WEINBERG). 548.
Méningo-encéphalite diffuse dans un cas de tumeur cérébrale (P. BORREMANS et Ludo van BOGAERT), 98.
—— diffuse subaiguë non démyélinisante (L. van BOGAERT et Ivan BERTRAND), 205.
Méthodologie ; remarques critiques ; l'illusion psychologique (G. PETIT), 231.
Meurtre (le) comme crime émotionnel « normal » (H. HELWEG), 553.

Microcéphalie et encéphalopathie (Henri ROGER et HANGER), 233.
Mimique vocale (Georges Dumas), 74, 129.
Moelle ; sclérose combinée subaiguë avec anémie (A. SUBIRANA), 214.
Molière (la vie maladive de) (R. THUILLIER), 688.
Mongolisme (R. TURPIN), 392 ; (C. DELFINI), 393.
Morphinomanie (27 ans de) ; guérison définitive (DUVOIR, POLLET, Henri DESOILLE et Marcel CACHIN), 208.
Morphologie et Caractérologie (W. BOVEN), 230.
Mort par submersion ; lésions du foie (Etienne MARTIN), 99.
Myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques synchrones de myoclonies squelettiques (Georges GUILLAIN et R. THUREL), 671.
Myopathie et maladie de Dercum (Paul COSSA), 90.
— familiale ; étude physio-pathologique (J. LEY et J. TITECA), 97.
Myosite ossifiante (SANO), 211.
Myotonie atrophique avec bradycardie, polyurie et obésité (P. HARVIER et Jacques DECOURT), 670.

N

Narcolepsie ; variétés (J. LHERMITTE, PASTEUR VALLERY-RADOT, DELAFONTAINE et MIGET), 207.
— (Harry-A. CAVE), 259.
— ; traitement par l'éphédrine (J. MOUZON), 397.
Neurasthénie et inflammation disséminée du système nerveux (A. LEROY), 377.
— (Mme V. DOSUZKOVA), 386 ; (J. FRUS) 386.
— ; apparition d'infiltration (A. HOFMAN-BANG), 386.
Neurosyphilis ; traitement par l'iodobismuthol (H.-G. MEHRTENS et P.-S. POUPPIRT), 406.
Neurovégétatif (équilibre) ; influence de l'hydrothérapie (A. DEBIDOUR et R. DUBOIS), 394.
Névrite double de l'acoustique au cours d'une méningo-encéphalite ourlienne (HELSMOORTEL junior), 212.
— rétrobulbaire aiguë d'origine infectieuse (I. ALPER), 691.
Névrites rétrobulbaires ; pathogénie (KLEEFELD et LEROY), 212.
Névroglie protoplasmique ; imprégnation sur blocs (LUGARO), 90.
Névropathe émotif ; réactions antisociales (NÈVE), 503.
Nietzsche, sa vie et sa pensée (Charles ANDLER), 524.
Nycthéméral (rythme) ; origine (E. BURCKHARD et Ch. KAYSER), 530.
Nystagmus spontané (BUYS), 213.
— optique (J.-Ch. FOX, F.-H. COUCH et R. DODGE), 696.

Œ

Œdème cérébral (Mlle Suzanne ZINGG), 389.

O

Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie (BOREL et Henri (EY), 181.
Oppenheim (syndrome d') ; variété de torsion spasmodique (J.-C. MONTANARO, J.-L. HANON et E.-F. BONNET), 699.
Organisation psychiatrique en Catalogne (B. RODRIGUEZ-ARIAS), 215.
Orientation professionnelle des anormaux ; tests moteurs (HEUYER et BAILLE), 194, 347.
Orthopsychie de Mignard (Mlle LACASSAGNE), 393.

P

Paralysie amyotrophique cervico-brachiale et paralysies post-sérothérapiques (Paul BRODIN et J. LHERMITTE), 207.
— des nerfs moteurs post-rachianesthésiques (C. ANGELESCO et S. TZOVARU), 528.
— des IX^e, X^e et XII^e paires craniennes (WISKOVSKY), 529.
Paralysie générale ; impaludation ; transformations psychosiques du syndrome mental (Antonio BARBEAU), 267.
— — (le liquide céphalo-rachidien dans la) (G. VERMEYLEN et J. HEERNU), 377.
— — ; applications de la récurrente (A. MARIE), 400.
— — ; traitement par le soufre et le benzol (I. KAIRINSKTIR), 400.
— — ; variations des syndromes psychiques consécutives au traitement pyrétogène (Carlo GORTA), 400.
— — ; traitement (E. ARWINSKI et A. GRADZINSKI), 400.
— — ; traitement par la diathermie (Gonzalo BOSCH et Arturo MÓ), 405.
— — ; traitement par la radiothermie (L.-E. HINSIE et J.-R. BLALOCK), 545.
— — en régression récidivant après torsion sigmoïdienne (P. COURBON et J. TUSQUES), 663.

— — ; non spécificité des lésions histopathologiques (WERTHAM), 683.
Paraplégie spasmodique familiale (GUILLAIN et BIZE), 207.
— d'allure fonctionnelle par anémie expérimentale (L. BINET, F. MOLLARET et M.-V. STRUMAN), 670.
Paranoïde (état) (EVRARD), 672.
Parapasme facial et bilatéral (CROUZON, CHRISTOPHE et Mlle LAGUERRIÈRE), 206.
Parathyroïdes (opération sur la région des) et rhumatisme déformant (R. SIMON et J. WEILL), 535.
Parkinsonien (syndrome) à la suite d'un trauma périphérique (LANDE et DERVILLÉE), 101.
Parkinsonisme postencéphalitique ; délire de jalousie (R. DUPOUY, A. COURTOIS et J. BOREL), 49.
— — ; spasmes de superogyres (Jean SEDAN), 390.
— — ; troubles affectifs et émotifs (CAMAUER et MOLINARI), 391.
— — ; traitement par l'atropine ; méthode d'Hirsauer (TEENSTRA et I. VISSER), 399.
— — ; délire hallucinatoire (A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ), 624.
— — ; crises oculogyres et hallucinations colorées (G. MARINESCO et Mme M. NICOLESCO), 670.
— — (GUILMOT), 673.
Pédophilie (KRIVY), 695.
Pelizaeus-Merzbacher (maladie de) ; sclérose centrolobaire familiale (Y. SCHEFTEL), 697.
Périarthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications périarticulaires (MAUCLAIRE), 107.
Perversité et perversion émotives (Achille DELMAS), 377.
Phényléthylmalonylurée dans la mélancolie (A. LEROY), 395.
Phrénique (la névralgie du) (A. MARCUS), 527.
Poliomyélite ; physiothérapie (P. DUHEM), 547.
Polynévrite apiolique (Henri ROGER), 91.
— post-diphtérique à forme céphaloplégique (J.-M. MACERA et Ar. L. DOMENECH), 529.
— par béribéri (B. RODRÍGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA), 675.
Ponto-cérébelleux (tumeur de l'angle) (de STELLA), 376.
Prémenstruels (modifications des hormones dans les troubles) (R.-T. FRANCK, 536.
Présénile (psychose) (G. HALBERSTADT), 517.
Prisons ; annexes psychiatriques (Henri CLAUDE et Paul SCHIFF), 209 ; (L. VERVAECK), 551.
Prophylaxie mentale en Argentine (G. BOSCH), 537.
— des troubles de la parole (Mme STEPOWSKA-MITRINOVITCH), 539.
— mentale et travail à la chaîne (E. SCHREIDER), 539.
Psychanalyse (la) en médecine légale (GÉNIL-PERRIN), 101.
— ; corrélation avec l'œuvre expérimentale de Pavlov (T. FRENCH), 678.
— ; bases historiques (DORER), 690.
Psychiatre (relations du) avec le médecin scolaire (Frederick L. PATRY), 538.
Psychiatrie comparée et hygiène mentale (SACRISTAN et J. GERMAIN), 112.
— (progrès de la) ; contribution des Aliénistes catalans (A. RODRÍGUEZ-MARINI), 216.
— médico-légale (Henri CLAUDE), 379.
— (Institut de) de Bruxelles ; organisation médicale (VERMEYLEN), 538.
— américaine ; tendances actuelles (J.-C. WHITEHORN et G. ZILBOORG), 678.
— (manuel de) (GUILAROVSKY), 685.
Psychiatrique (les éléments dynamiques du type de réaction) (MALAMUD). 681.
Psychologie ; Congrès international de Copenhague, 1932 (G. H. LUGUET), 502.
— et Psychiatrie (Bernard HART), 519.
— ; les notions d'héréditaire et d'acquis (K. KOFFKA, 525.
Psychologiques (errements) de l'adolescent placé dans l'industrie (O.-A. COOPER), 539.
Psychonévroses ; formule végétative (D. SARIC), 262.
Psychopathes ; protection des biens ; curateur à la personne (J. LAUZIER), 226.
Psychopathie (le médecin praticien en face de la) (André LE GRAND), 393.
Psychopathies ; autohémothérapie et extraits endocriniens (René BIOT), 395.
Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique (LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN), 68.
— paranoïde (PRIVAT de FORTUNIÉ), 232.
— hallucinatoire et syphilis du cerveau (S. HAMEL), 377.
— mixte (J. CAPGRAS et E. JOAKI), 574.
Psychoses ; étiologie alimentaire (J. ZAVODNY), 516.
— schizo-affectives aiguës (J. KASANIN), 679.
Psychothérapie (la suggestion par la pratique de la) (O. RAEDER), 679.
— intensive dans un hôpital clinique (L. SMITH), 630.
— en pratique privée (THOM), 680.

R

Rabaud (théorie d'Etienne) et variabilité des phénomènes psychologiques (KOLOSVARY), 522.
Radiophoniques (influence des productions) sur les aliénés (D. STEJKOWSKA), 544.
Rate (rupture de la), suite d'accident de travail (SOREL), 107.
Raynaud (maladie de), type de névrose vaso-motrice (S. LÉVY SIMPSON, George E. BROWN et Alfred W. ADSON), 529.
Récurrentothérapie dans la syphilis nerveuse et les psychoses (H. CLAUDE et F. COSTE), 399.
— de la paralysie générale et du tabès (A. MARIE et MÉDAKOVITCH), 511.
Rééducation psychothérapique (Pierre PROST), 512.
Réflexes extrapyramidaux dans diverses maladies et en particulier la démence précoce (Agrippa SEVERINO), 515.
Relief des objets incolores (J. NOGUÉ), 524.

S

Schizophrénie ; traitements expérimentaux (G. de M. RUDOLF), 396.
— aiguë ; traitement en cure libre (O. MAGENAU), 396.
— ; hérédité (M. BLEULER), 513.
— prépubérale (Angelo VASSELLI), 513.
— ; interprétation des symptômes comme dissolution de fonctions (KRISSH), 514.
— (le problème de la démence précoce —) (James V. MAY), 514, 515.
Sciatique (nature de la) (F.-C. PURSER), 528.
Sclérose en plaques aiguë (CESTAN, RISER, LABRO et Mlle DE VALS), 233.
— — — ; zone réflexogène du signe de Babinski (LAIGNEL-LAVASTINE et N. T. KORESSIOS), 500.
— — — (syndrome parkinsonien au cours de la) (O. CROUZON et J. CHRISTOPHE), 500.
— — — ; protéinothérapie dite vaccinale (P. LÉPINE et P. MOLLARET), 548.
Sclérose latérale amyotrophique ; forme atypique (Pierre CAMBIER et Jacques DAGNELIE), 97.
Sclérose tubéreuse sans troubles des fonctions cérébrales (A. LEY), 93.
Sécrétion interne et maladies mentales St. KRAKORA), 532.
Sélection et école unique (E. TOULOUSE), 538.
Services ouverts pour psychopathes (E. TOULOUSE, R. DUPOUY et A. COURTOIS), 109.
Simulation de la folie (R. CISTERNAS et J. LAURNAGARAY), 693 ; chez les délinquants (R. CISTERNAS et J. LAURNAGARAY), 693.
Société Médico-Psychologique. NOMINATIONS. — *Membres correspondants nationaux :* Edouard BURCKARD, Henri EY, Louis LE GUILLANT, 67 ; Jean PICARD, 466 ; Jacques RONDEPIERRE, 640.
Membres associés étrangers : Paul LARIVIÈRE, 67 ; Jean STANESCO, 343 ; Jean SEBEK, 640.
— — —. Subvention du Conseil Municipal de Paris, 170.
— — —. Statuts, 332.
— — —. Décès du Dr Marc TRÉNEL, 340.
— — —. Modifications des statuts, 343.
— — —. Reconnaissance d'utilité publique du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, 343.
— — —. Décès du Dr Pierre KAHN, membre titulaire, 466.
— — —. Prix, 635.
— — —. Modifications au Règlement, 636.
— — —. Décisions du Conseil d'Administration concernant les communications des personnes étrangères à la Société, 637.
— — —. Rapport de la Commission des Finances, 637.
— — —. Bureau pour 1933, 638, 639.
— — —. Conseil d'Administration, 639.
— — —. Commission des Finances, 640.
Sommeil (troubles du) (Henri ROGER), 120.
— ; conception biologique (A. B. JANISEVSKIJ), 259.
— et psychoses ; rapports psychophysiologiques (L. TAUSSIG), 519.
— permanent comme traitement des aliénés (J. FREANKLOWA), 543.
Soufre ; utilisation comme pyrétogène (R. P. MACKAY), 400.
Sous-cortical (kyste hémorragique) avec hémorragie ventriculaire (André THOMAS, SCHAEFFER, de MARTEL et GUILLAUME), 671.
Souvenirs d'un passé récent (R. SEMELAIGNE), 561.
Spasme de torsion (LARUELLE et DIVRY), 95.

Stase papillaire aiguë (Th. de MARTEL, MONBRUN et J. GUILLAUME), 696.
Statique (insécurité) ; état postural et élévation du métabolisme (FROMENT, CUCHE et SPINDLER), 91.
Statistique des aliénés ; projet d'unification internationale (H. BERSOT), 111.
Stéréoscopique (l'effet) (REVAULT d'ALLONNES), 430.
Stérilisation des anormaux (F. SANO), 541.
— dite eugénique dans l'indigence intellectuelle congénitale (W. HAFER), 542.
Strié (syndrome) aigu d'agitation choréique (TINEL et ECK), 206.
—— et malformations osseuses (Carlo ENDERLE), 391.
Submersion (le choc alvéolaire dans la) (LECLERCQ et MULLER), 108.
Suicide (preuves de) par l'aspect des taches de sang sur la main droite (BALTHAZARD), 107.
— ; prophylaxie (PLACZEK), 112.
— « favorisé » (R. DUPOUY et H. PICHARD), 173.
— (le) dans l'armée (Ph. SCOURAS), 518.
— ; prophylaxie (G. d'HEUCQUEVILLE), 541.
Sympathectomie périartérielle par action chimique (B. DESPLAS), 547.
Sympathicose abdominale (D. TADDEI), 262.
Sympathine (A. ROSENBLUETH), 530.
Sympathique ; action régulatrice sur la sensibilité (A. TOURNAY), 92.
— (syndrome de la chaîne) lombaire (André THOMAS et Charles KUDELSKI), 263.
— le) en gynécologie (C.-A. CASTAÑO et Anibal INTROZZI), 264.
Syphilis ; paradoxes du traitement (A. SÉZARY), 406.
— (danger de la) (MILIAN), 540.
Syphilis nerveuse ; statistique (DAUWE), 376.
—— ; rapports de la constitution avec les formes cliniques (Marino BENVENUTI), 392.
Syringobulbie ; physiopathologie du tronc cérébral (N. JONESCO-SISESTI), 122.
Syringomyélie à évolution rapide ; traitement (A. THOMAS, H. SCHAEFFER et FOLLY), 204.
— avec mutilation des doigts (DEMERLIAC et DUPYTOUT), 234.
— et syringobulbie ; traitement opératoire (L. PUUSEPP), 549.
— ; traitement opératoire (SCHAEFFER), 549.
Système nerveux ; action des substances pharmacodynamiques (Vladimir VONDRACEK), 233.
—— (maladies du) (Henri CLAUDE), 383.
—— de la vie végétative (D. DANIELOPOLU), 509.
—— ; examen du liquide céphalo-rachidien dans les affections syphilitiques (H. AROSTEIN), 532.

T

Tabès ; crises gastriques ; inutilité du traitement (B. RODRIGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA), 216.
— ; types constitutionnels (A. STIEF), 392.
— et galactorrhée (André THOMAS), 671.
— et agoraphobie (de BUSSCHER), 674.
Tabétiques (atrophies) du nerf optique ; traitement par le soufre (L. WINKLER), 405.
Taine (la psychologie de) (R. LENOIR), 524.
Testicules (activité des extraits de) (L. CUNY et D. QUIVY), 536.
— (hormones sexuelles des) (SCHACHTER), 536.
Tétanie parathyréoprive (E. COELHO), 536.
Tétanos (azotémie dans le) (Paul VACCAREZZA, José PERONCINI et Américo J. VACCAREZZA), 532.
— ; traitement par la méthode de Dufour (C. Lopez RODRIGUEZ), 548.
— ; traitement par l'association urotropine et sérum (L. COUVY), 549.
Thrombo-phlébite cérébrale ; troubles nerveux (BARRÉ et GRENIER), 205.
Thymus (influence du cerveau sur le) (O. CIABATTI), 534.
Thyroïde (effet de l'administration de la) sur la cholestérinémie (A.-G. DUNCAN), 534.
— (hétérotypies de la glande) (W.-T. FOTHERINGHAM), 535.
Thyroïdectomie (cataracte double après) (J. SEDAN), 535.
Tonus postural et réflexes conditionnels (FROMENT et SPINDLER), 91.
Toucher (la fonction biologique du) (Maurice PRADINES), 522.
Toxïcomanies (médecine légale psychiatrique relative aux) (L. VERVAECK), 692.
Toxiques (réactions nucléaires dues aux (de LAET), 108.
Traitement des malades mentaux à la Colonie de Gheel, 211.
Traumatisme préfrontal ; troubles mentaux consécutifs (H. CLAUDE, L. LE GUILLANT et P. MASQUIN), 43.

— et maladie de Parkinson (Giuseppe Bianchi), 391.
Traumatismes et syndromes parkinsoniens (Naville et de Morsier), 99.
Tuberculeuse (étiologie) possible de certaines affections du système nerveux (P. Meignant), 387.
Tuberculose pulmonaire (le système neurovégétatif dans la) (Carillo Laredo et G. de Vega), 264.
Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie oculaire pure (Clovis Vincent et Darquier), 208.
— intramédullaire (Christophe), 501.
— pituitaire, cause de névralgie faciale (Eugène F. Bogen), 528.
Tumeurs neuro-ectodermiques primitives de la moelle, des racines et de leurs enveloppes (Lucien Cornil), 257.
— sellaires et supra-sellaires ; traitement opératoire (de Martel, Denet et Guillaume), 407.
— de la région hypophysaire ; avenir ophtalmologique des opérés (Th. de Martel, Monbrun et J. Guillaume), 696.
Tumeurs cérébrales ; résultats de la chirurgie et de la radiothérapie (Christophe), 90.
— — non diagnostiquées (Bernhard Badt), 267.
— — ; traitement chirurgical (Manuel Balado), 407.
Typhoïde (fièvre) ; troubles psychiques consécutifs (O. Janota), 516.

U

Ultravirus (infections par) dans les psychoses (G. Petit), 231.

V

Ventricules cérébraux ; repérage (Laruelle), 90.
Vestibulaires (lésions) centrales et périphériques (van den Branden), 213.
Vestibulo-spinal (syndrome) ; troubles de la marche (A. Subirana), 698.
Visages et caractères (Louis Corman), 510.
Visuels (troubles) insolites (M. Nageotte), 524.
Vol généreux (Heuyer et Dublineau), 107.
Volonté (rôle de la) dans la réflexion (André Cresson), 523.

W

Wilson (maladie de) (van Gehuchten), 673.

Z

Zona ; traitement par le salicylate par voie endo-veineuse (Quiquandon), 547.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

Abadie (J.). Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies, 236.
—. L'épilepsie psychique, 249.
— et Bargues (R.). Hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes spontanées, 697.
Abély (Paul). *Discussion,* 358, 473, 633.
—. V. *Xavier Abély.*
Abély (Xavier). *Discussion.* 358, 459.
—, Abély (Paul) et Couléon (H.). Recherches biologiques dans la démence précoce, **359.**
—, Abély (Paul), Passek et Couléon. Greffes pluriglandulaires dans la démence précoce, **367.**
Adson (Alfred W.). V. *Simpson.*
Agadjania (H.). Analyse physiologique et clinique des processus d'inhibition, 258.
Alajouanine (Th.) et Thurel (R.). Diplégie faciale corticale, 501.
Albane. V. *Baruk.*
Albessard. V. *Lhermitte.*
Alexander. Délinquants tardifs, 94, 553.
—. La connaissance des constitutions et la psychothérapie, 230.
—. Dispensaire d'hygiène mentale et office de réadaptation sociale, 234.
Alford (L.-B.). Emotions et conscience au cours des encéphalopathies, 681.
Allen (I. M.). La dissociation des mouvements volontaires et émotionnels de la face, 259.
Alliez (J.). V. *Roger.*
Alper (I.). Névrite rétrobulbaire aiguë infectieuse, 691.
Alpers. V. *Patten.*
Amiot (Roma). Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice, 265.
Andler (Charles). Nietzsche, sa vie et sa pensée, 524.
André (Mme Y.). V. *Courtois.*
Angelesco (C.) et Tzovaru (S.). Paralysies des nerfs moteurs post-rachianesthésiques, 528.
Angles (Mlle). V. *Hoffer.*
Arostein (H.). Examen du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse, 532.
Arrii (D.-C.). V. *Porot.*
Arwinski (E.) et Gradzinski (A.). Traitement de la Paralysie Générale, 400.
Ask-Upmark (E.). Encéphalographie ; insufflation d'air par ponction sous-occipitale, 695.
Aymès (G.). Les injections gazeuses épidurales, 546.

B

Badt (Bernhard). Tumeurs cérébrales non diagnostiquées, 267.
Baille. V. *Heuyer.*
Balado (Manuel). Thérapeutique chirurgicale de l'hypertension crânienne, 406.
—. Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, 407.
Balthazard. Altérations osseuses tardives chez les grands mutilés de guerre, 107.
—. Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite, 107.
—. V. *Dopter.*
Barbeau (Antonio). Transformations des syndromes psychosiques chez des paralytiques généraux malarisés, 267.
Bargues (R.). V. *Abadie.*

(1) Les chiffres en caractères **gras** se rapportent aux Mémoires originaux, aux Communications à la Société Médico-Psychologique et aux Rapports du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Barré et Greiner. Troubles nerveux dans la thrombo-phlébite cérébrale, 205.
Baruk (H.). V. *Claude.*
—. *Discussion,* 351, 367, 468, 633.
—. Bidermann (Max) et Albane. Tuberculose et démence précoce ; réactions allergiques, 352.
—. Bidermann (Max) et Albane. Tuberculose et démence précoce ; recherches expérimentales par injections de liquide céphalo-rachidien à des cobayes, 486.
—. V. *Bourguignon.*
Baudouin et Schaeffer. L'hyperpnée dans l'épilepsie, 256.
Beaudouin (H.). *Discussion,* 662.
Bender (L.). V. *Bowman.*
Bennati (D.). V. *Bourguignon.*
Benvenuti (Marino). Rapport de la constitution avec les formes cliniques des syphilis nerveuses, 392.
Bérard (L.). Chirurgie de l'hyperthyroïdie, 546.
Bernaux (A.). La constitution physique dans la démence précoce, 687.
Bersot (H.). Projet d'unification internationale de la statistique des aliénés, 111.
Bertrand (Ivan). V. *Bogaert.*
—. V. *Guillain.*
Bianchi (Guiseppe). Traumatisme et maladie de Parkinson, 391.
Bidermann (Max). V. *Baruk.*
Billström (J.). Etudes expérimentales sur l'hypnotisme, 394.
—. Auto-observation de lapsus graphiques, 525.
Binet (L.), Mollaret (F.) et Struman (M. V.). Paraplégie d'allure fonctionnelle par anémie expérimentale, 670.
Biot (René). Autohémothérapie et extraits endocriniens dans les psychopathies, 395.
Bistriceanu. V. *Paulian.*
Bize. V. *Guillain.*
Blackman (N.). V. *Kopeloff.*
Blalock (J.-R.). V. *Hinsie.*
Blanco (J.-T.). Lobe postérieur de l'hypophyse et gestation, 537.
Bleuler (M.). Hérédité des schizophrènes, 513.
Bogaert (Ludo van). Les leucodystrophies familiales, 513.
—. V. *Borremans.*
— et Bertrand (Ivan). Forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive, 205.
— et Bertrand (Ivan). Méningo-encéphalite diffuse subaiguë non démyélinisante, 205.
—. Anévrysme suprasellaire, 212.
—. V. *Dagnelie.*
—. Borremans et Couvreur. Encéphalo-myélite post-morbilleuse, 388.
— et Ley (Rodolphe). Troubles pseudo-cérébelleux et vaso-moteurs d'origine paracentrale, 674.
Bogen (Eugène F.). Tumeur pituitaire, cause de névralgie faciale, 528.
Bohrod (Milton G.), Goodyear (Arthur F.) et Stanley (O. O.). Encéphalite avec éosinophilie très élevée, 531.
Bolgert (M.). V. *Kaplan.*
Bollak. V. *Lhermitte.*
Bolsi. Spasmes vasculaires et pathogénie des épilepsies, 254.
Bonnet (E.-F.). V. *Montanaro.*
Boquien (Y.). V. *Laignel-Lavastine.*
Borel (A.) et Ey (Henri). Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie, 181.
Borel (J.). V. *Dupouy.*
Borremans (P.) et Bogaert (Ludo van). Méningo-encéphalite diffuse dans un cas de tumeur cérébrale, 98.
—. V. *Bogaert.*
Bosch (Gonzalo) et Mó (Arturo). Traitement de la paralysie générale par la diathermie, 405.
— et Gorriti (Fernando). Hallucination auditive verbale, 439.
—. Organisation de la prophylaxie des maladies mentales en Argentine, 537.
Bosch (van den). Dégénérescence et glandes endocrines, 210.
Bourgeois (Pierre). Nature de la paralysie générale et action de la malariathérapie, 403.
Bourguignon (G.). La chronaxie ; définition et notions générales, 525.
—. La chronaxie chez l'homme. Technique, 525.
— et Humbert (R.). La chronaxie et les fonctions musculaires, 526.
— et Radovici (A.). Les chronaxies sensitives et les lois des réflexes, 526.
—. La chronaxie du faisceau pyramidal normal et dans l'hémiplégie, 526.
— et Baruk (H.). Les chronaxies sensorielles. Le système optique et le nerf vestibulaire, 527.
— et Bennati (D.). Les chronaxies motrices et sensitives en pathologie. Les syndromes chronaxiques, 527.
—. V. *Claude.*
Boven (W.). La science du caractère, 113.
—. Morphologie et caractérologie, 230.
Bowman (K.-M.) et Bender (L.). Traitement de la mélancolie d'involution par l'hormone ovarienne, 543.
Branden (van den). Lésions vestibulaires centrales et périphériques, 213.

Brodin (Paul) et Lhermitte (Jean). Paralysie amyotrophique cervico-brachiale et paralysies post-sérothérapiques, 207.
Bronville (Henri), Ley (Jacques) et Titeca (Jean). Contre-indications à la malariathérapie de la paralysie générale, 404.
Brouardel. V. *Dopter.*
Brown (George E.). V. *Simpson.*
Brun (R.). Ataxie frontale, 262.
Brunschweiler. Epilepsie et varices méningées, 253.
—. Hyperkinésie d'allure épileptique simulant la chorée chronique, 254.
—. Epilepsie avec hypotension cranienne probable, 255.
Brzezinski (J.). V. *Martimor.*
Burckhard (E.) et Kayser (Ch.). De l'origine du rythme nycthéméral, 530.
Burns (Maudie M.). Traitement de l'encéphalite par le stramonium, 399.
Bussard et Carrette (Paul). Erythèmes toxiques au cours des états psychopathiques, 344.
Busscher (de). Troubles encéphalitiques diffus après une fièvre typhoïde, 211.
—. Cas cliniques, 378.
—. Tabès et agoraphobie, 674.
Buys. Lésion d'un hémisphère cérébral ; particularités du nystagmus, 213.
—. Nystagmus spontané, 213.

C

Cachin (Marcel). V. *Duvoir.*
Cahane (Mares). Le chlore cérébral dans certaines psychoses, 664.
Camauer et Molinari. Troubles affectifs et émotifs dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 391.
Cambier (Pierre) et Dagnelie (Jacques). Forme atypique de sclérose latérale amyotrophique, 97.
Camus. V. *Dopter.*
Capgras (J.). *Discussion,* 359, 459.
— et Joaki (E.). Psychose mixte, 574.
Carlo de Sanctis. Syndrome aparético-aphasique, 261.
Caron. V. *Lévy-Valensi.*
Carrette (Paul). V. *Bussard.*
Castaño (C.-A.) et Introzzi (Anibal). Le sympathique en gynécologie, 264.
Cave (Harry A.). Narcolepsie, 259.
Cénac. *Discussion,* 359.
Cestan, Riser, Labro et Vals (Mlle de). Sclérose en plaques aiguë, 233.
Chaillet. L'encéphalite psychosique aiguë azotémique, 686.
Charpentier (René). *Discussion,* 177, 178, 359, 454.
Chavany, David et Gilbert-Dreyfus. Hypertonie et troubles psychiques consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aiguë, 387.
Chêne (P.). V. *Chiray.*
Chiray (M.) et Chêne (P.). Les dyspepsies nerveuses, 120.
Christophe. Chirurgie et radiothérapie des tumeurs cérébrales, 90.
—. V. *Divry.*
—. V. *Crouzon.*
—. Tumeur intramédullaire, 501.
Ciabatti (O.). Influence du cerveau sur le thymus, 534.
Cid (José) et Ferrer (F. J.). Cysticercose cérébrale et démence sénile, 518.
Cisternas (R.) et Laurnagaray (J.). Simulation de la folie, 693.
— et Laurnagaray (J.). Simulation chez les délinquants, 693.
Claude (Henri). *Discussion,* 42, 55, 177, 184, 454, 458, 467.
—, Le Guillant (L.) et Masquin (P.). Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme préfrontal, 43.
—, Baruk et Ey (Henri). Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno-résistante, 178.
—. Anatomie pathologique de la démence précoce, 195.
— et Schiff (Paul). Annexes psychiatriques dans les prisons, 209.
— et Ey (Henri). Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions, 273.
—. Psychiatrie médico-légale, 379.
—. Maladies du système nerveux, 383.
— et Coste (F.). Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses, 399.
—, Baruk (H.) et Forestier (J.). Les encéphalites colibacillaires du type schizophrénique, 617.
—, Bourguignon (G.) et Baruk (H.). Variations de la chronaxie vestibulaire dans la catalepsie, l'hystérie, l'hébéphréno-catatonie, 641.
Coelho (E.). Tétanie parathyréoprive avec graves troubles mentaux, 536.
Coffiney. V. *Folly.*
Combs (Mlle Helen C.). V. *Notkin.*
Constantin (A.). V. *Mac-Auliffe.*
Cooper (O.-A.). Les errements psychologiques de l'adolescent placé dans l'industrie, 539.
Corman (Louis). Visages et caractères, 510.
Cornil (Lucien). Classification des tumeurs neuro-ectodermiques primitives de la moelle, des racines et de leurs enveloppes, 257.
—. Thérapeutique salicylée dans les syndromes choréiques aigus, 398.

CORTESI (Tancredi). Malariathérapie dans la paralysie générale, 404.
COSSA (Paul). Myopathie et maladie de Dercum, 90.
— et DESTRES. Epilepsie d'origine pleuropulmonaire, 252.
COSTE (F.). V. *Claude.*
COUCH (F.-H.). V. *Fox.*
COUDERC (Louis). Démence précoce et méningo-encéphalite due à un ultravirus neurotrope de nature tuberculeuse, 496.
COULÉON (H.). V. *Abély.*
COURBON (Paul) et TUSQUES (Jean). Identification délirante et fausse reconnaissance, 1.
— et FRANCÈS (Mme). Délire localisé de persécution avec bienveillance générale, 38.
—. *Discussion,* 48, 79, 459.
— et TUSQUES (J.). La dynamique et la statique des constitutions, 229.
— et FRANCÈS (Mme). Inconscience de l'épileptique vis-à-vis de ses crises, 252.
— et TUSQUES (J.). Régression d'un syndrome hébéphréno-catatonique après mastoïdite opérée, 658.
— et TUSQUES (J.). Récidive de paralysie générale en régression après torsion sigmoïdienne, 663.
COURTOIS (A.). V. *Toulouse.*
—. V. *Marchand.*
—. V. *Discussion,* 203.
—. La question de l'alcool, 540.
— et ANDRÉ (Mme Y.). Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique, 624.
COUVREUR. V. *Bogaert.*
COUVY (L.). Traitement du tétanos par l'association urotropine et sérum, 549.
CRESSON (André). Le rôle de la volonté dans la réflexion, 523.
CROUZON (O.). Aphasie de Wernicke avec automatisme verbal, 206.
—, CHRISTOPHE et LAGUERRIÈRE (Mlle). Paraspasme facial et bilatéral, 206.
—. Acquisitions récentes concernant la symptomatologie de l'épilepsie, 247.
—. Etat actuel du traitement de l'épilepsie, 248.
—. Anatomie pathologique de l'épilepsie, 249.
—. Etat actuel des questions sociales concernant l'épilepsie, 250.
— et CHRISTOPHE (J.). Syndrome parkinsonien au cours de la sclérose en plaques, 500.
—. Les assurances sociales, 691.
CUCHE. V. *Froment.*
CUÉNOT (L.). V. *Mac-Auliffe.*
CUNY (L.) et QUIVY (D.). Appréciation expérimentale de l'activité des extraits testiculaires, 536.

D

DAGNÉLIE (Jacques). V. *Cambier.*
—, DUBOIS (R.), FONTEYNE (P.), LEY (R.-A.), MEUNIER (M.) et BOGAERT (L. van). Encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance, 373.
— et BOGAERT (L. van). Encéphalomyélite aiguë mortelle chez un enfant, 699.
DANIELOPOLU (D.). Le système nerveux de la vie végétative, 509.
DARQUIER. V. *Vincent.*
DAUDET (Alphonse). La Doulou, 383.
DAUWE. Statistique des syphilis nerveuses, 376.
DAVID. V. *Chavany.*
DAYTON (Neil A.). Mortalité dans l'arriération mentale, 518.
DEBIDOUR (A.) et DUBOIS (R.). Influence de l'hydrothérapie sur l'équilibre neurovégétatif, 394.
DECOURT (J.). V. *Harvier.*
DEINSE (F. van). V. *Toulouse.*
DELABOS. V. *Lhermitte.*
DELAFONTAINE. V. *Lhermitte.*
DELAGENIÈRE (Y.). Procédé d'H. Delagenière dans le traitement de l'épilepsie essentielle, 256.
DELFINI (C.). Mongolisme, 393.
DELHERM et KAHN (Morel). Electroradiothérapie ou chirurgie dans la maladie de Basedow ? 398.
DELMAS (F.-Achille). Du délire onirique au délire d'interprétation, 77.
—. Les constitutions en Psychopathologie, 219.
—. Perversité et perversions émotives, 377.
— et DOITEAU. Amnésie rétrograde totale, 454.
—. *Discussion,* 633.
DELVOLVÉ (J.). Histoire mentale d'Auguste Comte, 524.
DEMERLIAC et DUPYTOUT. Rétraction de l'aponévrose palmaire par atteinte du nerf cubital, 234.
— et DUPYTOUT. Syringomyélie avec mutilation des doigts, 234.
DERVILLÉE. V. *Lande.*
DESOILLE (Henri). V. *Duvoir.*
DESPLAS (B.). La sympathectomie périartérielle par action chimique, 547.
DESTRES. V. *Cossa.*
DEWULF. Présentation de malades, 376.
DIDE. Clinique, pathologie et traitement des épilepsies, 255.
DIVRY. V. *Laruelle.*
—. CHRISTOPHE et MOREAU. Médulloblastomes, 96.
—. CHRISTOPHE et MOREAU. Cysticercose cérébrale, 674.
DODGE (R.). V. *Fox.*

Dogliotti (A.-M.). Traitement des syndromes douloureux périphériques par alcoolisation sub-arachnoïdienne des racines postérieures de la moelle, 547.
Doiteau. V. *Delmas.*
Domenech (Ar.-L.). V. *Macera.*
Donaggio. Réaction particulière du liquide céphalo-rachidien et de l'urine, 234.
Donalson (Henry). *Discours,* 677.
Dopter, Camus, Brouardel, Balthazard et Roux. Vérification des décès par une expérience médico-scientifique, 542.
Dorer. Bases historiques de la psychanalyse, 690.
Dosuzskova (Mme V.). Neurasthénie, 386.
Dublineau (J.). V. *Heuyer.*
—. V. *Targowla.*
Dubois (R.). V. *Dagnélie.*
—. V. *Debidour.*
Ducondray. V. *Riser.*
Ducosté (Maurice). L'impaludation cérébrale, 402.
Duhem (P.). La physiothérapie de la poliomyélite, 547.
Dumas (Georges). La mimique vocale, 74, 129.
—. *Discussion,* 180, 185, 195, 458, 632.
Duncan (A.-G.). Effet de l'administration de la thyroïde sur la cholestérinémie, 534.
Dupouy (Roger), Courtois (A.) et Borel (J.). Délire de jalousie chez un parkinsonien post-encéphalitique, 49.
—. V. *Toulouse.*
— et Pichard (H.). Suicide « favorisé », 173.
Dupytout. V. *Demerliac.*
Durupt et Lagarde (J.). Résultats interférométriques dans les troubles endocriniens, 533.
Duvoir, Pollet, Desoille (Henri) et Cachin (Marcel). 27 ans de morphinomanie ; guérison définitive, 208.

E

Eck. V. *Tinel.*
Emdin (P.). Dermographisme noir, 540.
Enderle (Carlo). Malformations osseuses et syndrome strié, 391.
Etienne. Spasmes vasculaires, troubles endocriniens et vago-sympathiques dans l'épilepsie, 255.
Evrard. Etat paranoïde, 672.
Ey (Henri). La croyance de l'halluciné, 13.
—. V. *Claude.*
—. V. *Borel.*

F

Fay (H. M.). Les constitutions mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie, 230.
Fedelo Negro. Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire interconvulsive, 255.
Ferrer (F. J.). V. *Cid.*
Fog (Mogens). Encéphalite épidémique chronique à crises respiratoires et tétaniques, 390.
Folly. V. *Thomas.*
— et Coffiney. Epilepsie par tumeur kystique, 377.
—. Inspiration poétique considérée comme la persistance d'un état imaginatif infantile, 378.
Fonteyne (P.). V. *Dagnélie.*
Forestier (J.). V. *Claude.*
Fotheringham (W.-T.). Hétérotypies, 535.
Fox (J.-Ch.), Couch (F.-H.) et Dodge (R.). Nystagmus optique, 696.
Francès (Mme). V. *Courbon.*
Franck (R.-T.). Modifications des hormones dans les troubles prémenstruels, 536.
Freanklowa (J.). Traitement des aliénés par le sommeil permanent, 543.
French (T.). Corrélation entre la psychanalyse et l'œuvre expérimentale de Pavlov, 678.
Fribourg-Blanc (A.). *Discussion,* 351.
—. Dissimulation volontaire des troubles psychiques, 694.
Fried (Joseph). Traitement des atrophies optiques tabétiques par le soufre, 405.
Froment et Spindler. Le tonus postural en partie régi par des réflexes conditionnels, 91.
—, Cuche et Spindler. Insécurité statique, posture et élévation du métabolisme, 91.
Frus (J.). Neurasthénie, 386.
Fuster (J.). Epreuve des « P » chez les délinquants habituels, 214, 693.

G

Galant. Syndrome de Collet, 213.
Garcin (R.) et Laplane. Phénomène de Magnus et de Kleyn au cours de l'état de mal épileptique, 253.
—. V. *Guillain.*
Geert-Jörgensen (Einar). Tétanie parathyroïdoprive combinée à l'épilepsie, 266.
—. V. *Krabbe.*
Gehuchten (P. van). Hémorragie pédonculaire avec paralysie des

mouvements conjugués des yeux, 377.
—. Maladie de Wilson, 673.
Génil-Perrin. La psychanalyse en médecine légale, 101.
Germain (José). Assistance aux psychopathes en Espagne, 112.
—. V. *Sacristan.*
Ghiannoulatos. Séquelles nerveuses et psychiques de la dengue, 388.
Giacanelli (V. U.). Accès épileptiques et menstruation, 266.
Gilbert-Dreyfus. V. *Chavany.*
Ginn (B. Mc.). V. *Kopeloff.*
Goblot (Edmond). De l'intuition, 523.
Goemans. Erotomanie, 210, 695.
Gold. V. *Kemp.*
Goldemberg (Léon). Traitement de l'hyperthyroïdie par le fluorure de sodium, 397.
Goodyear (Arthur F.). V. *Bohrod.*
Goria (Carlo). Variations des syndromes psychiques dans les paralysies générales traitées par les pyrétogènes, 400.
Gorriti (Fernando). V. *Bosch.*
Gorzkowski (W.). Traitement de l'épilepsie par le gardénal et le somnifène, 545.
Gougerot. Règles générales des traitements antisyphilitiques, 406.
Gouriou. *Discussion,* 470.
Gradzinski (A.). V. *Arwinski.*
Greef (de). Niveau intellectuel des délinquants, 378.
—. Un épileptique, 672.
Greiner. V. *Barré.*
Guerner (Fausto). Démence traumatique, 517.
Guilarovsky. Manuel de psychiatrie, 685.
Guillain (Georges) et Bize. Paraplégie familiale spasmodique, 207.
— et Mollaret (Pierre). Les séquelles de l'encéphalite épileptique, 508.
— et Thurel (R.). Myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques et myoclonies synchrones squelettiques, 671.
—, Garcin (R.) et Bertrand (I.). Syndrome cérébelleux suite d'hypertonie du type parkinsonien, 698.
Guillaume. V. *Martel.*
Guilmot. Syndrome parkinsonien post-encéphalitique, 673.
Guiraud. *Discussion,* 348, 358, 472.
Gurdjian (E.-S.) et Schlafer (N.-H.). Fracture du crâne ; déchirure de la surface orbitaire des lobes frontaux, 697.

H

Hafer (W.). Stérilisation dite eugénique dans l'indigence intellectuelle congénitale, 542.
Halberstadt (G.). Psychose présénile, 517.
Hamel (S.). Rapports de la psychose hallucinatoire et de la syphilis du cerveau, 377.
Hamelinck. Troubles de l'activité volontaire, 378.
Hanger. V. *Roger.*
Hanon (J.-L.). V. *Montanaro.*
Hart (Bernard). Psychologie et Psychiatrie, 519.
Hart (H.). L'hypnotisme dans les cliniques psychiatriques, 394.
Harvier (P.) et Decourt (Jacques). Myotonie atrophique avec bradycardie, polyurie et obésité, 670.
Hascovec (V.). Intoxication chronique par les préparations de codéine, 517.
Heernu (J.). V. *Vermeylen.*
Helsmoortel junior. Névrite double de l'acoustique au cours d'une méningo-encéphalite ourlienne, 212.
Helweg (H.). Du meurtre comme crime émotionnel « normal », 553.
Hennebert. Signe fistulaire dans la labyrinthite hérédo-syphilitique, 212.
Herholtz. V. *Iacobi.*
Heucqueville (G. d'). Comment prévenir un suicide ?, 541.
Heuyer. *Discussion,* 86, 178, 180, 194.
— et Dublineau. Le vol généreux, 107.
— et Baille. Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux, 194, 317.
— et Dublineau. Les convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie, 254.
Hinsie (L.-E.) et Blalock (J.-R.). Traitement de la paralysie générale par la radiothermie, 545.
Hoffer (Mlle H.) et Angles (Mlle). Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires, 123.
Hofman-Bang (A.). Apparition d'infiltrations chez les neurasthéniques, 386.
Hoglund (G.) et Jögren (V.-H.). Traitement des formes chroniques de l'encéphalite épileptique par la fièvre récurrente, 399.
Hollander (F. d') et Rouvroy (Ch.). Recherches expérimentales sur la démence précoce, 98, 232, 376.
— et Rouvroy (Ch.). Origine tuberculeuse de la démence précoce ?, 417, 467.
—. *Discussion,* 485.
Hoven. Cas médico-légaux d'encéphalite léthargique, 378.

HUERGO et SPERONI. Hypoesthésie affective, perversité, syndrome épileptique et mythomanie post-encéphalitique, 390.
HUMBERT (R.). V. *Bourguignon.*

I

IACOBI et HERHOLTZ. Rupture spontanée de la rate au cours de la malaria inoculée, 405.
INTROZZI (Aníbal). V. *Castaño.*
IONESCU (D.). V. *Paulian.*

J

JACOBSEN. V. *Schoeder.*
JANISEVKIJ (A.-B.). Conception biologique du sommeil, 259.
JANOTA (O.). Troubles psychiques consécutifs à la fièvre typhoïde, 516.
JELLIFFE (Smith Ely). Psychopathologie des mouvements involontaires et des crises oculogyres de l'encéphalite léthargique, 121.
JENTZER et MORSIER (de). Traitement chirurgical des crises jacksoniennes post-apoplectiques, 253.
JOAKI (E.) et RONDEPIERRE (J.). Délire aigu d'origine alcoolique, 197.
—. V. *Capgras.*
JÖGREN (V.-H.). V. *Hoglund.*
JONESCO-SISESTI (N.). Syringobulbie ; physiopathologie du tronc cérébral, 122.
JUNCOSA (J.). V. *Rodríguez-Arias.*

K

KAHN (Morel). V. *Delherm.*
KAHN (Pierre). V. *Laignel-Lavastine.*
KAIRINSKLER (I.). Traitement de la paralysie générale par le soufre et le benzol, 400.
KALLENBERG (K.). Traitement de l'alcoolisme par la persuasion à l'état d'hypnose, 394.
KAPLAN (M.) et BOLGERT (M.). Encéphalite de la vaccine et des maladies éruptives généralisées, 387.
KASANIN (J.). Les psychoses schizo-affectives aiguës, 679.
KAYSER (Ch.). V. *Burckhard.*
KEMP (H.-A.), GOLD (H.-R.) et SHUEY (C.-B.). Malaria chez les oiseaux et toxine tétanique, 532.
KLEEFELD et LEROY. Pathogénie des névrites rétrobulbaires, 212.
KOFFKA (K.). Les notions d'héréditaire et d'acquis en psychologie, 525.
KOLASVARY. Variabilité des phénomènes psychologiques et théorie d'Etienne Rabaud, 522.
KOPELOFF (Nicolas), BLACKMAN (N.) et GINN (B. Mc.). Le Lactobacille acidophile dans les maladies mentales, 530.
KORESSIOS (N. T.). V. *Laignel-Lavastine.*
KRABBE (Knud). Recherches anatomopathologiques sur un cas de soi-disant angiome calcifié des méninges, 89.
— et GEERT-JÖRGENSEN (Einar). Pression et liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies et thromboses du cerveau, 531.
KRAKOVA (St.). Sécrétion interne et maladies mentales, 532.
KREINDLER (A.). V. *Marinesco.*
KRISSH. Interprétation des symptômes schizophréniques comme dissolution de fonctions, 514.
KRIVY. Pédophibie, 695.
KUDELSKI (Charles). V. *Thomas.*

L

LABRO. V. *Cestan.*
LACASSAGNE (Mlle). L'orthopsychie de Mignard, 393.
LAET (de). Les réactions nucléaires dues aux toxiques, 108.
LAGARDE (J.). V. *Durupt.*
LAGUERRIÈRE (Mlle). V. *Crouzon.*
LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (Pierre). Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique, 68.
— et FAY (H. M.). Opothérapie épiphysaire chez les arriérés verbaux, 235.
— et KORESSIOS (N. T.). Zone réflexogène du signe de Babinski dans la sclérose en plaques, 500.
— et BOQUIEN (Y.). Interférométrie et métabolisme de base dans les états hyperthyroïdiens, 535.
LANDE et DERVILLÉE. Syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique, 101.
LAPLANE. V. *Garcin.*
LAPORTE. V. *Riser.*
LAREDO (Carillo) et VEGA (G. de). Le système neurovégétatif dans la tuberculose pulmonaire, 264.
LARIVIÈRE (P.). V. *Simon.*
LAROCHE (G.) et SIMONNET (H.). Hormone antéhypophysaire, 537.
LARUELLE. Le repérage ventriculaire, 90.
— et DIVRY. Spasme de torsion, 95.
—. Syndrome amyostatique, 377.

LASNET et POROT. Assistance psychiatrique en Algérie, 234.
LASSURE. V. *Nayrac.*
LAUBIE (E.). Crises mensuelles d'épilepsie après castration, 233.
LAURENT (D.). Phase somatique prodromique de la démence précoce, 687.
LAURNAGARAY (J.). V. *Cisternas.*
LAUWERS (E. E.). Introduction à la chirurgie nerveuse, 124.
—. Traitement chirurgical de l'épilepsie, 256.
LAUZIER (J.). La protection des biens des psychopathes, le rôle du curateur à la personne, 226.
LECLERCQ et MULLER. Le choc alvéolaire dans la submersion, 108.
LE GRAND (André). Le médecin praticien en face de la psychopathie, 393.
LE GUILLAND (L.). V. *Claude.*
LEMOYNE. V. *Schmite.*
LENOIR (R.). La psychologie de Taine, 524.
LENNOX (William). La circulation cérébrale, 530.
LÉONET (A.). L'hyposulfite de magnésium en psychiatrie, 235.
LÉONHART (K.). Etats crépusculaires épisodiques à hérédité simulaire, 517.
LÉPINE (P.) et MOLLARET (P.). Protéinothérapie dite vaccinale de la sclérose en plaques, 548.
LERICHE (René). Les douleurs des moignons d'amputation, 263.
LEROY (A.). V. *Kleefeld.*
—. Neurasthénie et inflammation disséminée du système nerveux, 377.
—. Phényléthylmalonylurée dans la mélancolie, 395.
LÉTARD (E.). V. *Mac-Auliffe.*
LÉVY (Mlle Gabrielle). Formes conscientes de l'automatisme verbal et comitial, 265.
LÉVY-VALENSI. *Discussion,* 54.
—, MIGAULT et CARON. Activité procédurière ininterrompue pendant 40 ans d'une délirante processive, 448.
—, MASQUIN et MARESCHAL. Hypomanie délirante, 612.
LEY (Auguste). *Discussion,* 75.
—. Sclérose tubéreuse sans troubles des fonctions cérébrales, 93.
—. Complexe et délire, 232.
— et LEY (J.). Alexie et Abraphie d'évolution, 260.
—. V. *Dagnélie.*
—. Les phénomènes eidéiques, 503.
—. Desmotériophilie, 694.
LEY (J.) et TITECA (J.). Etude physiopathologique de myopathie familiale, 97.
—. V. *A. Ley.*
—. V. *Bronville.*
LEY (Rodolphe). V. *Bogaert.*
LHERMITTE. V. *Brodin.*
—, PASTEUR-VALLERY-RADOT, DELAFONTAINE et MIGET. Narcolepsie, 207.
—, BOLLAK et DELABOS. Syndrome infundibulo-mésodiencéphalique, 669.
—, MASSARY (J. de) et ALBESSARD (R.). Chorée post-apoplectique, 669.
—, MASSARY (J. de) et ALBESSARD (R.). Lésion probable du corps de Luys. Hémichorée post-apoplectique, 670.
LINDEMULDER (F. G.). Injections épidurales dans le traitement de la sciatique, 546.
LISZKA (A.). V. *Mikulski.*
LOPEZ (Casimiro Martinez) et LOPEZ SENDON (M.). Traitement de la maladie de Basedow par l'iode, 398.
LOPEZ SENDON (M.). V. *Lopez.*
LUGARO. Méthode d'imprégnation argentique sur blocs de la névroglie protoplasmique, 90.
LUGNET (G.-H.). Compte rendu du Congrès International de Psychologie de Copenhague, 502.
LUNDAHL (Josef). Sur l'hygiène mentale, 123.

M

MAC-AULIFFE (L.), A. CONSTANTIN, J. MONCHANIN, A. VALENTIN, E. LÉTARD, L. CUÉNOT, A. LÉONET, L. MAYET, A. PHILIP et C. PETIT. Hérédité et Races, 509.
MACERA (J.-M.) et DOMENECH (Ar.-L.). Polynévrite post-diphtérique à forme céphaloplégique, 529.
MACKAY (R.-P.). Usage du soufre comme pyrétogène, 400.
MAÈRE. Traitement de la démence précoce par la dernière méthode de Pilcz, 544.
MAGENAU (O.). Traitement de la schizophrénie en cure libre, 396.
MALAMUD. Eléments dynamiques de la détermination du type de réaction psychiatrique, 681.
MALLET (Raymond). Auto-conduction. Automatisme. Cénesthésie, 157.
MARAÑON (G.). Hyperthyroïdisme et tuberculose, 534.
MARCHAND (L.). *Discussion,* 49, 73, 74, 194, 203, 348, 459, 623.
— et COURTOIS (A.). Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique, 55.
— et COURTOIS (A.). Délire aigu post-opératoire par encéphalite, 459.
— et COURTOIS (A.). Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général, 627.
MARCUS (A.). La névralgie du phrénique, 527.
MARESCHAL. V. *Lévy-Valensi.*

Marie (A.). Applications de la récurrente à la paralysie générale, 400.
Marinesco (G.) et Nicolesco (Mme Marie-J.). Hystérie, 385.
—, Sager (O.) et Kreindler (A.). Hystérie et réflexes conditionnels, 385.
— et Nicolesco (Mme M.). Parkinsonisme avec crises oculogyres et hallucinations colorées, 670.
Markuszewicz (R.). L'instinct de conservation dans la genèse de l'alcoolisme, 540.
Martel (de), Denet et Guillaume. Traitement opératoire des tumeurs sellaires et supra-sellaires, 407.
—, Guillaume (J.) et Penet (R.). Evolution post-opératoire des astrocytomes du cervelet, 500.
—, Guillaume (J.) et Penet (R.). Méningiome de la scissure de Sylvius, 501.
—. V. *Thomas.*
—, Monbrun et Guillaume (J.). La stase papillaire aiguë, 696.
—, Monbrun et Guillaume (J.). Avenir ophtalmologique des opérés de la région hypophysaire, 696.
Martimor (E.) et Brzezinski (J.). Confusion mentale et pyélonéphrite, 348.
Martin (Etienne). Lésions du foie dans la mort par submersion, 99.
—. Précis de médecine légale, 684.
Masquin (P.). V. *Claude.*
Massary (J. de). V. *Lhermitte.*
Massaut (Ch.). Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux, 375.
Matulay. Diabète insipide et adiposité hypophysaire avec quadriplégie, 537.
Mauclaire. Périarthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications périarticulaires, 107.
May (James V.). Le problème de la démence précoce-schizophrénie, 514, 515.
Mayerdorf (von). Sur la surdité verbale pure, 89.
Mayet (L.). V. *Mac-Auliffe.*
Mazal (V.). Thérapeutique des tumeurs de l'hypophyse, 407.
Médakovitch. V. *Marie.*
Mehrtens (H. G.) et Pouppirt (P. S.). Iodobismuthol dans le traitement de la neurosyphilis, 406.
Meignant (P.). Etiologie tuberculeuse possible de certaines affections du système nerveux, 387.
Meunier (M.). V. *Dagnélie.*
Middleton (William S.). Evolution foudroyante de l'encéphalite épidémique, 392.
Migault. V. *Lévy-Valensi.*
Miget. V. *Lhermitte.*
Mikulski (K.) et Liszka (A.). Ressources inexploitées de la malariathérapie, 401.
Milian. Le danger de la syphilis, 540.
Mira. Ligue internationale d'hygiène mentale, 112.
Mó (Arturo). V. *Bosch.*
Moles (L.). Aspect juridique de décret sur l'assistance des malades psychiques en Espagne, 215.
Molinari. V. *Camauer.*
Mollaret (P.). Hémiatrophie faciale progressive, 206.
—. V. *Guillain.*
—. V. *Lépine.*
—. V. *Binet.*
Monbrun. V. *Martel.*
Monchanin (J.). V. *Mac-Auliffe.*
Moniz (E.). L'encéphalographie artérielle, 695.
Montanaro (J.-C.), Hanon (J.-L.) et Bonnet (E.-F.). Syndrome d'Oppenheim variété de torsion spasmodique, 699.
Moore (T.). L'encéphalographie dans la démence précoce, 683.
Moreau. V. *Divry.*
—. Les leucoencéphalites, 224.
Morin. Thérapeutique de l'épilepsie, 253.
Morsier (de). V. *Naville.*
—. V. *Jentzer.*
Mourgue (Raoul). Neurobiologie de l'hallucination, 380.
Mouzon (J.). Traitement de la narcolepsie par l'éphédrine, 397.
Muller. V. *Leclercq.*
Mutins (Gino). Thérapeutique fébrile de la démence précoce, 395.

N

Nageotte (M.). Troubles visuels insolites, 524.
Naville et Morsier (de). Traumatismes et syndromes parkinsoniens, 99.
Nayrac et Lassure. Syndrome de Guillain-Thaon, 90.
Neel (Alex.-V.). Hémiplégie au cours de l'encéphalite épidémique, 391.
Neuberger (L.). Constitutions schizoïde et épileptoïde, 230.
Neve (G.). Fièvre ondulante avec étude spéciale des symptômes nerveux, 389.
Nicolesco (Mme Marie-J.). V. *Marinesco.*
Nicolle (Charles). Biologie de l'invention, 511.
Nogué (J.). Relief des objets incolores, 524.
Notrin (J.), Combs (Helen C.) et Pike (F. H.). Signe de Babinski, modifications cardio-vasculaires, respiratoires et pupillaires dans l'épilepsie, 265.

O

Obarrio (Juan M.) et Petre (Alejandro J.). Paralysie générale, diabète et malariathérapie, 404.
Oliviers. Les aliénés délinquants à l'asile spécial, 552.
Orlonski (W.). Valeur du sang animal, du bore et du fluore dans la maladie de Basedow, 546.
Overholser (W.). La loi Briggs dans le Massachusetts, 550.

P

Pagniez (Ph.). Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie, 243.
Palopoli (N.). Nouveau code pénal italien et la réorganisation des établissements de peine, 550.
Parhon (C.) et Werner (Mlle Gherta). Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales, 87.
Parys (J. van). Loi de « défense sociale » du 9 avril 1930, 551.
Pasteur Vallery-Radot. V. *Lhermitte.*
Patry (F.-L.). Les relations du psychiatre et du médecin scolaire, 538.
Patten et Alpers. Lésions cérébrales lors de la naissance, 682.
Paulian (D.) et Bistriceanu. Malariathérapie et lésions cérébrales dans la paralysie générale, 403.
—, Ionescu (D.) et Bistriceanu (I.). Encéphalo-myélite expérimentale, 699.
Pavlow (J.). Physiologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure, 258.
Penet. V. *Martel.*
Pennachi (Fabio). Les glandes endocrines dans l'épilepsie, 533.
Pérancini (José). V. *Vaccarezza.*
Petit (C.). V. *Mac-Auliffe.*
Petit (G.). *Discussion,* 55, 73.
—. Remarques critiques de méthodologie, l'illusion psychologique, 231.
—. Infection par ultravirus dans les psychoses, 231.
Petre. V. *Obarrio.*
Philip (A.). V. *Mac-Auliffe.*
Pichard (A.). V. *Dupouy.*
Piédelièvre. Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb, 108.
Piéron. *Discussion,* 654.
Pike (F.-H.). V. *Notkin.*
Piñero (Hector-M.). V. *Silva.*
Piquet (Jean). Traitement chirurgical de l'abcès cérébral d'origine otique, 408.
—. Les abcès cérébraux et leur traitement, 512.
Placzek (M.). Prophylaxie du suicide, 112.
Planques. V. *Riser.*
Plichet (A.). V. *Pagniez.*
Pollet. V. *Duvoir.*
Porot. V. *Lasnet.*
—. Paludisme et épilepsie, 253.
— et Arrii (D.-C.). L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien, 588.
Pouppirt (P.-S.). *Mehrtens.*
Poursines (Yves). V. *Roger.*
Pradines (Maurice). La fonction biologique du toucher, 522.
Prengowski (Pierre). Etat terminal des maladies mentales non organiques, 515.
Proescher (Frédérick) et Thomas (W.-S.). Le chlorure de sodium et l'équilibre hydrique dans l'épilepsie, 531.
Prost (Pierre). Rééducation psychothérapique, 512.
Privat de Fortunié. Les psychoses paranoïdes, 232.
Puech (A.). Traitement de l'hyperthyroïdie, 397.
Purser (F. C.). Nature de la sciatique, 528.
Puusepp. Traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique, 252.
—. Traitement opératoire de la syringomyélie et de la syringobulbie, 549.

Q

Quercy (Pierre). L'hallucination, 114.
Quiquandon. Traitement du zona par le salicylate par voie endoveineuse, 547.
Quivy (D.). V. *Cuny.*

R

Raiga (Eugène). L'envie ; son rôle social, 119.
Ranschburg (Paul) et Schill (E.). Alexie et Agnosie, 260.
Rayneau. *Discussion,* 74, 184.
Reca (T.). Délinquance infantile aux Etats-Unis, 552.
Riser. V. *Cestan.*
—, Ducoudray et Planques. L'épilepsie jacksonienne par vascularite, 252.
—, Ducoudray et Laporte. L'épilepsie solitaire des tumeurs cérébrales, 253.
Revault d'Allonnes. L'effet stéréoscopique, 430.
Robin (Gilbert). L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde, 118.
—. L'enfant distrait et inattentif, 118.

Rodríguez (C.-Lopez). Traitement du tétanos par la méthode de Dufour, 548.
Rodríguez - Arias (B.). Organisation psychiatrique en Catalogne, 215.
— et Juncosa. Crises gastriques tabétiques ; inutilité du traitement, 216.
—. Les altérations leucocytaires du sang dans l'encéphalo-myélite aiguë ; pronostic, 507.
— et Juncosa (J.). Polynévrite par béribéri, 675.
— et Juncosa (J.). Lipomes symétriques et polynévrite simulant une maladie de Recklinghausen, 675.
Rodríguez-Marini (A.). Contribution des aliénistes catalans aux progrès de la psychiatrie, 216.
Roger (Henri), Poursines (Y.) et Alliez (J.). Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves manométriques du liquide céphalo-rachidien, 90.
—. La polynévrite apiolique, 91.
—. Troubles du sommeil, 120.
— et Hanger. Microcéphalie et encéphalopathie, 233.
Rolleston (J.-D.). J.-B. Bouillaud, pionnier de la Cardiologie et de la Neurologie, 258.
Rondepierre et Taquet. Hérédité précessive, 170.
—. V. *Joaki.*
Rosenblueth (A.). La sympathine, 530.
Roubinovitch (J.). L'Adolescence, 122.
Rouvroy. V. *Hollander.*
Roux. V. *Dopter.*
Rubenovitch (P.). Le malade, son entourage et le médecin, 394.
Rüdin. Eugénique et prophylaxie mentale, 108.
Rudolf (G. de M.). Traitements expérimentaux de la schizophrénie, 396.

S

Sacristan et Germain (J.). Psychiatrie comparée et hygiène mentale, 112.
Sager. V. *Marinesco.*
Salmon (Albert). Centre végétatif épileptogène diencéphalique, 254, 264.
Sano (F.). Myosite ossifiante, 211.
—. Hydrocéphalie, 211.
—. Traitement des malades mentaux à la colonie de Gheel, 211.
—. Stérilisation des anormaux, 541.
Saric (D.). La formule végétative dans les psychonévroses, 262.
Saucier (Jean). Syndrome d'hypertension intracranienne. La méningite dite « séreuse », 267.
Schachter. Hormones sexuelles des testicules, 536.
Schadow (H.). Malaria inoculée, cause de malaria congénitale, 404.
Schaeffer. V. *Thomas.*
—. V. *Baudouin.*
—. Traitement opératoire de la syringomyélie, 549.
Scheftel (Y.). Maladie de Pélizaeus-Merzbacher ; sclérose centrolobaire familiale, 697.
Schiff. *Discussion,* 185, 352.
—. V. *Claude.*
—. V. *Toulouse.*
Schlafer (N.-H.). V. *Gurdjian.*
Schmite et Lemoyne. Cysticercose cérébrale de la région péribulbaire, 501.
Schou (H. I.). Symptômes nerveux fonctionnels dans l'encéphalite épidémique chronique, 389.
Schreider (E.). Le travail à la chaîne et la prophylaxie mentale, 539.
Schroeder et Jacobsen. Statistique sur l'épilepsie, 255.
Scouras (Ph.). Le suicide dans l'armée, 518.
Sedan (Jean). Spasmes des superogyres dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 390.
—. Cataracte double après thyroïdectomie d'une basedowienne, 535.
Semelaigne. Quelques souvenirs d'un passé récent, 561.
Severino (Agrippa). Réflexes extrapyramidaux dans diverses maladies et en particulier la démence précoce, 515.
Sézary (A.). Paradoxes du traitement de la syphilis, 406.
Shuet. V. *Kemp.*
Sieur (M.). Les débits de boissons alcooliques, 540.
Silva (Ramon B.) et Piñero (Hector-M.). Lactothérapie des états d'agitation, 395, 543.
Simon (R.) et Weill (J.). Opération sur la région des parathyroïdes et rhumatisme déformant, 535.
Simon (Th.). *Discussion,* 76.
— et Larivière (P.). Etude séméiologique de quelques épreuves d'adresse, 80.
Simonnet (H.). V. *Laroche.*
Simpson (S. Lévy), Brown (George E.) et Adson (Alfred-W.). La maladie de Raynaud, type de névrose vaso-motrice, 529.
Sivadon (P.). V. *Toulouse.*
Sjövall (Bertil). Ponction sous-occipitale d'un kyste du cervelet, 408.
Smith (K.). Les problèmes de l'hygiène mentale à l'Université de Californie, 679.
Smith (L.). Psychothérapie intensive dans un hôpital clinique, 680.
Sorel. Rupture de la rate, suite d'accident de travail, 107.

SPERONI. V. *Huergo.*
SPINDLER. V. *Froment.*
STANLEY (O. O.). V. *Bohrod.*
STARKENSTEIN (E.). Voies conduisant à l'analgésie et aux médicaments analgésiques, 408.
STEEN (Reginald R.). Température du corps dans l'encéphalite épidémique chronique, 390.
STEJKOWSKA (D.). Influence de la radiophonie sur les aliénés, 544.
STELLA (de). Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, 376.
STEPOWSKA-MITRINOVITCH (Mme). Prophylaxie des troubles de la parole, 539.
STERN (Mlle L.). La barrière hémato-encéphalique, 504.
STIEF (A.). Les types constitutionnels dans le tabès, 392.
STRUMAN (M.-V.). V. *Binet.*
SUBIRANA (A.). Sclérose combinée subaiguë de la moelle avec anémie, 214.
—. Craniectomie décompressive spontanée, 217.
—. Calcification intracérébrale chez un épileptique, 254.
—. Troubles de la marche dans le syndrome vestibulo-spinal, 698.
SWIERCZEK (Stanislas). Malariathérapie, 402 ; dans la schizophrénie, 544 ; dans l'épilepsie, 545.
SWIFT (George W.). La fosse postérieure dans l'épilepsie, 266.

T

TADDEI (D.). Sympathicose abdominale, 263.
TAQUET. V. *Rondepierre.*
TARGOWLA (R.) et DUBLINEAU (J.). L'intuition délirante, 117.
—. *Discussion,* 469.
TAUSSIG (L.). La notion de la conscience au point de vue psychiatrique, 519.
—. Rapports psychophysiologiques entre le sommeil et les psychoses, 519.
TEENSTRA et VISSER (I.). Traitement du parkinsonisme encéphalitique par l'atropine : méthode d'Hirsauer, 399.
THOM. Psychothérapie en pratique privée, 680.
THOMAS (André), SCHAEFFER (H.) et FOLLY. Syringomyélie à évolution rapide ; traitement, 204.
— et KUDELSKI (Charles). Syndrome de la chaîne sympathique lombaire, 263.
—. Galactorrhée et tabès, 671.
—, SCHAEFFER, MARTEL (de) et GUILLAUME. Kyste hémorragique sous-cortical avec hémorragie ventriculaire, 671.
THOMAS (W. S.). V. *Proescher.*
THUILLIER (R.). La vie maladive de Molière, 688.
THUREL (R.). V. *Alajouanine.*
—. V. *Guillain.*
TINEL et ECK. Syndrome strié aigu d'agitation choréique, 206.
—. *Discussion,* 631.
—. Variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, 632.
TITECA (J.). V. *Ley.*
—. V. *Bronville.*
TOLOSA (E.). Gliome occipital gauche, 506.
—. Médulloblastomes du vermis, 676.
TOULOUSE (E.), DUPOUY (R.) et COURTOIS (A.). Les services ouverts pour psychopathes, 109.
—, COURTOIS (A.) et SIVADON (P.). Séquelles mentales de diphtérie avec complications nerveuses, 185.
—, SCHIFF (P.), VALTIS (J.) et DEINSE (F. van). Ultravirus tuberculeux et démence précoce, 474.
—. L'école unique et la sélection, 538.
—. L'homme criminel et la Conférence internationale de Droit pénal, 553.
TOURAINE (H.). Indifférence et apragmatisme sexuel chez les déments précoces, 688.
TOURNAY (A.). Action régulatrice du sympathique sur la sensibilité, 92.
—. Physiologie pathologique des épilepsies, 255.
TURPIN (R.). Le Mongolisme, 392.
TUSQUES (Jean). V. *Courbon.*
TZOVARU (S.). V. *Angelesco.*

V

VACCAREZZA (Américo J.). V. *Paul Vaccarezza.*
VACCAREZZA (Paul), PERONCINI (José) et VACCAREZZA (Américo J.). L'azotémie dans le tétanos, 532.
VALENTIN (A.). V. *Mac-Auliffe.*
VALS (Mlle de). V. *Cestan.*
VALTIS (J.). V. *Toulouse.*
VASSELLI (Angelo). La schizophrénie prépubérale, 513.
VEGA (G. de). V. *Laredo.*
VERMEYLEN (G.) et HEERNU (J.). Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, 377.
—. L'organisation médicale de l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles, 538.
VERSTRAETEN (P.). Utilité de l'abcès de fixation et de la malariathérapie, 94, 545.

—. Indications de la malariathérapie en psychiatrie, 235.
— et Vos (de). Syndrome de Korsakoff d'origine paludéenne, 672.
Vervaeck (L.). Répartition psychiatrique des délinquants anormaux en vertu de la loi belge de défense sociale, 376.
—. L'annexe psychiatrique des prisons, 551.
—. Problèmes médico-légaux relatifs aux toxicomanies, 692.
Vincent (Clovis) et Darquier. Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie oculaire pure, 208.
Visser (I.). V. *Teenstra.*
Vondracek (Vladimir). Influences de quelques substances pharmacodynamiques sur le système nerveux, 233.
Vos (de). Encéphalopathies familiales infantiles, 376.
—. V. *Verstraeten.*

W

Wallon. *Discussion,* 76.
—. Compte rendu du Congrès international d'Education nouvelle de Nice, 1932, 502.
—. Développement chez l'enfant de la notion du corps propre, 520.
—. De l'expérience à la notion de causalité et à la représentation symbole, 523.
Weill (J.). V. *Simon.*
Weinberg (M.-H.). Méningite à pneumocoques traitée par le permanganate de potassium, 548.
Werner (Mlle Gherta). V. *Parhon.*
Wertham. Non-spécificité des lésions histopathologiques de la paralysie générale, 683.
Whitehorn (J.-C.) et Zilboorg (G.). Tendances actuelles de la psychiatrie américaine, 678.
Wieser (V.). Traitement de l'arriération mentale par les rayons X, 396.
Williams (Frankwood E.). Comptes rendus du Ier Congrès international d'Hygiène mentale, 384.
Winckleman. Importance des artérioles corticales en psychiatrie, 682.
Winkler (L.). Traitement par le soufre de l'atrophie optique tabétique, 405.
Winther (K.). Syndromes hémibulbaires ; voies sympathiques dans le bulbe, 698.
Wiskovsky. Paralysie atypique associée des nerfs, IX, X et XII, 529.
Wortis (S. Bernard). Convulsions expérimentales, 264.

Y

Yaskin (Joseph C.). Encéphalite puerpérale, 389.

Z

Zavodny (J.). Etiologie alimentaire des psychoses, 516.
Zilboorg (G.). V. *Whitehorn.*
Zingg (Mlle Suzanne). Œdème cérébral, 389.

Tome II. — N° 1 Juin 1932

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

IDENTIFICATION DÉLIRANTE ET FAUSSE RECONNAISSANCE

PAR

Paul COURBON et Jean TUSQUES

Les erreurs commises dans l'identification des individus sont fréquentes chez beaucoup de malades mentaux qui ne reconnaissent plus les personnes de leur entourage même le plus immédiat et les confondent avec d'autres. Ce symptôme a été désigné : « fausse reconnaissance ».

L'analyse même superficielle des faits ainsi étiquetés oblige à les séparer en trois groupes très distincts que l'on peut appeler : l'identification hyperbolique, l'identification amnésique et l'identification délirante.

a) Dans l'identification hyperbolique l'erreur est plus apparente que réelle, l'identification n'est qu'un excès de langage, elle est un moyen pittoresque d'exprimer une ressemblance perçue entre deux individus. Le malade emploie la figure de rhétorique appelée hyperbole. C'est le cas des maniaques qui s'amusent à donner à un voisin le nom d'un personnage auquel il ressemble plus ou moins vaguement.

La capacité de percevoir des ressemblances entre les indivi-

dus est chez les gens normaux des plus variables. Certains de ceux-ci, dont on dit qu'ils ont la manie des ressemblances, ne peuvent considérer quelqu'un sans lui trouver quelque trait commun avec une ou plusieurs personnes. A ces ressemblances que tout le monde ne voit pas, mais que cependant plusieurs personnes constatent, le qualificatif de fausses ne conviendrait pas. Ce sont des « ressemblances subjectives » dont l'étude pleine d'intérêt n'a pas sa place ici, car il ne s'agit pas de « fausse reconnaissance ».

b) Dans l'identification amnésique l'erreur est réelle. Elle a pour condition principale l'amnésie et cette perte de la mémoire rend impossible l'étude des autres conditions. C'est pour cela que nous ne nous y arrêtons pas. Elle constitue la « fausse reconnaissance » des déments et des confus.

c) Dans l'identification délirante l'erreur est réelle. C'est la « fausse reconnaissance » des délirants chroniques dont la mémoire est intacte. Elle se manifeste souvent au début par le syndrome que M. Capgras (1) et ses collaborateurs ont isolé sous le nom d'illusion de sosie et dont ils ont montré les rapports avec l'état cénesthésique et affectif. Les conditions de cette fausse reconnaissance sont très difficiles à préciser en vertu du grand principe de l'irréductibilité de la conscience morbide à la conscience saine, principe dont Charles Blondel (2) a démontré d'une façon péremptoire le fondement. Nous nous efforcerons néanmoins de les rechercher en nous méfiant du mirage normomorphique et en nous éclairant des conceptions lumineuses de Janet (3) sur la « perception-conduite », de Sollier (4) sur la cénesthésie et sur l'imagination représentative.

Mais avant d'envisager les causes de ces erreurs chez les délirants, il importe de définir l'identification et d'exposer les conditions qu'elle doit remplir pour être correcte, c'est-à-dire pour que la reconnaissance soit exacte.

I. — Définition

L'identification est une opération mentale qui consiste à établir la personnalité d'un individu. L'identification individuelle établit la personnalité réelle de l'individu, c'est-à-dire affirme qu'il est bien lui et non un autre. L'identification sociale établit sa catégorie sociale c'est-à-dire affirme à quelle collectivité : nation, profession, association, etc..., l'individu appartient.

II. — Identification correcte

C'est celle qui est conforme à la réalité. C'est à elle que s'efforcent les gens normaux. Elle est la résultante de trois opérations : l'investigation morphologique, l'investigation psychologique et la confrontation. C'est une croyance née *a posteriori* de la constatation que les caractères morphologiques et psychologiques de l'individu n'appartiennent qu'à lui seul (identification individuelle) ou n'appartiennent qu'à une catégorie sociale (identification sociale).

Identification individuelle. — Elle conclut à la personnalité réelle de l'individu après les trois opérations suivantes :

a) L'investigation morphologique recueille, principalement sur la forme de son corps, les caractères somatiques permanents de l'individu considéré. Pour ce faire, elle dispose d'un critérium : la fiche anthropométrique, dont la valeur est absolue, puisque ce sont des appareils enregistreurs : mensuration, photographie, empreintes digitales, formules sanguines, etc..., qui la fournissent.

b) L'investigation psychologique recueille, principalement dans sa conduite, les caractères psychiques permanents de l'individu considéré. Elle ne dispose d'aucun critérium, car aucun appareil ne peut enregistrer les éléments constitutifs de ces caractères. Ceux-ci ne peuvent être saisis que par des jugements, et le jugement humain est toujours faillible. L'intelligence et l'impartialité de l'observateur, c'est-à-dire sa capacité de saisir les rapports, de résister aux préjugés et aux passions, sa puissance d'objectivité et de critique font toute la valeur de l'investigation psychologique.

c) La confrontation juxtapose d'un côté la morphologie et la psychologie trouvées par l'investigation de l'individu considéré, de l'autre côté la morphologie et la psychologie trouvées par l'investigation des autres individus. Quand cette juxtaposition ne montre aucune différence morphologique ni psychologique entre l'individu considéré et l'un des autres individus, la croyance naît que celui-ci et celui-là ne font qu'un. Le confrontateur reconnaît l'individu considéré. Mais cette croyance ne naît que si la similitude est double, portant à la fois sur la morphologie et la psychologie. L'identification correcte exige à la fois ressemblance physique et ressemblance morale.

Cette confrontation n'est, elle aussi, qu'une succession de jugements.

Pour que l'identification échappe à l'erreur, il faut donc que les opérations élémentaires dont elle est l'aboutissant soient exécutées avec une rigueur scientifique. Pratiquement, il est loin d'en être ainsi ; les procédés anthropométriques notamment ne sont pas employés par les particuliers.

Aussi la chronique des tribunaux relate-t-elle assez souvent — ce fut le cas l'an dernier en Italie — la duperie de gens crédules : d'une femme et d'enfants qui hébergèrent pendant des années un imposteur qui se faisait passer pour leur mari, leur père disparu et auquel il ne ressemblait pourtant pas du tout.

A l'heure actuelle, la fiche anthropométrique est exigée en matière judiciaire ; mais jadis l'investigation morphologique était sommaire ou nulle. La croyance du juge naissait des données erronées que l'investigation psychologique et la confrontation partialement accomplies lui fournissaient. Plus d'une fois, surtout au Moyen Age dans les procès de sorcellerie, un comparse fut identifié et exécuté pour un autre.

Identification sociale. — Elle conclut à la catégorie sociale de l'individu après les trois mêmes opérations.

a) L'investigation morphologique ne recherche ici parmi les caractères somatiques que ceux que l'activité sociale de l'individu à déterminés. Ce sont d'une part les stigmates physiques que l'exercice manuel des métiers (durillons, pigmentations, déformations) a produits, d'autre part les stigmates psychophysiques que les modes particuliers de pensée, de sentiment et de réaction collectifs ont produits, ceux dont on peut dire qu'ils sont la preuve du modelage du corps par l'esprit.

Ce modelage émané du psychisme peut s'étendre aux objets maniés, quand la personnalité morale est très fortement caractérisée. Le même bâton devient baguette, sabre, cravache, cierge, béquille, suivant celui qui le porte. Le même manteau devient capote, lévite, soutane, redingote, robe de chambre. S'il est vrai que l'habit puisse faire le moine quand l'homme est sans caractère, il est non moins vrai que le moine peut faire le froc, quand l'homme a beaucoup de caractère. Témoin le cas de l'abbé Guitrel, d'Anatole France, qu'une raccrocheuse reconnut curé sous son déguisement civil, un soir à la sortie de la Comédie Française où il était allé prendre l'exemple du maintien et de l'éloquence nécessaires à l'évêque qu'il s'employait à devenir.

b) L'investigation psychologique ne recherche ici parmi les caractères psychiques de l'individu que ceux qui lui ont été imposés par le milieu social où il a vécu, c'est-à-dire ne recher-

che que les modes de penser, de sentir, de réagir qui ont cours au sein d'une société donnée.

c) La confrontation est ici implicitement exécutée avec les investigations, car celles-ci sont électives. Ne devant pas recueillir la totalité des caractères nécessaires pour l'identification individuelle, elles ne peuvent être pratiquées que par un observateur qui connaît déjà les caractères propres aux diverses sociétés.

Les mêmes causes d'erreur que pour l'identification individuelles existent pour l'identification sociale. Les mêmes garanties d'objectivité doivent donc être prises pour les deux.

III. — Identification délirante

L'investigation que nous avons vue être la condition préalable et nécessaire de l'identification correcte ne joue aucun rôle dans l'identification délirante. Aussi celle-ci peut-elle confondre des individus n'ayant aucun trait commun. Cette identification délirante est le produit de trois facteurs nécessaires, cénesthésie, affectivité, jugement et un facteur éventuel : imagination.

L'investigation n'intervient pas, ou n'intervient qu'après que l'individu a été identifié. Elle est donc toujours faussée sur le domaine psychologique par le trouble préexistant du jugement. Elle n'est faussée sur le domaine morphologique que si le malade est doué d'une imagination représentative. Mais quand elles sont conformes à la réalité, les données morphologiques restent impuissantes à rectifier l'erreur d'identification déjà commise.

L'identification délirante est donc une croyance née d'un sentiment paracénesthésique et d'une intuition morbide, tous deux phénomènes de nature essentiellement pathologique. Elle ne s'accompagne de données sensorielles erronées que lorsque la psychose atteint un psychisme où l'imagination représentative était un phénomène physiologique.

Identification délirante individuelle. — Elle prétend établir la personnalité réelle de l'individu. On peut schématiser ainsi les étapes de l'erreur. Le trouble de la cénesthésie détermine un changement dans les perceptions du malade. Le trouble de l'affectivité donne l'illusion que ce changement subjectif est un changement objectif. Le trouble intuitif du jugement fait confondre l'individu observé avec un autre individu. L'exaltation de l'imagination donne aux traits de l'individu observé la déformation nécessaire pour prouver le changement de celui-ci.

Facteur de la cénesthésie. — Le sentiment de la cénesthésie a été défini par Sollier le sentiment du fonctionnement de l'organisme ou mieux de la vie de l'organisme. Le même auteur, en collaboration avec l'un de nous (5) a décrit son importance dans la genèse des psychoses. Accompagnant toutes nos perceptions, le sentiment cénesthésique est le ciment, peut-on dire, de notre personnalité. Il est tellement adhérent à toutes nos sensations que normalement nous n'avons pas conscience de lui. Nous n'en prenons conscience que lorsqu'il cesse de leur adhérer. Ces sensations nous paraissent alors ne plus se passer en nous, ne plus s'intégrer en nous. Leurs caractères sensoriels sont les mêmes qu'auparavant, mais elles ne se fondent plus dans la synthèse de notre personnalité. Nous avons l'impression de nous dépersonnaliser.

Un tel sentiment, lorsqu'il est à peine ébauché, se traduit par une impression d'étrangeté, de jamais éprouvé, de jamais vu. Il apparaît d'une façon fugace en dehors de toute psychose dans les moments de fatigue ou d'épuisement. Il dure longtemps chez les psychasténiques et chez les mélancoliques avant la formation du délire. Tant que le sens critique du malade n'est pas touché, celui-ci attribue la naissance de ce sentiment non à un changement dans les objets, car il reconnaît que leurs caractères sensoriels ne sont pas modifiés, mais à un changement dans lui-même : « Je reconnais mon fils, mais il ne me fait plus le même effet, je suis changé », dit un mélancolique au début. « Le printemps a la même couleur qu'autrefois, mais il ne m'émeut plus parce que je ne puis plus m'émouvoir, je ne suis plus le même » dit un autre.

On peut donc conclure que l'état paracénesthésique qui constitue parfois presque à lui seul la longue période d'incubation des délires chroniques a pour effet d'introduire l'ébauche d'une notion de changement dans les apports de la perception. Il amorce l'erreur de l'identification.

Facteur de l'affectivité. — A la longue, le sens critique s'émousse et parallèlement le caractère subjectif du changement s'efface. Le malade arrive à dire que l'objet a changé puisqu'il ne produit plus le même effet. Cette interversion est facilitée dans le délire de persécution par l'état affectif de méfiance qui envahit progressivement le malade. La vue de l'individu au lieu d'éveiller les sentiments d'affection et de confiance d'autrefois éveille des sentiments opposés. L'acte perceptif n'a plus le cortège d'harmoniques, comme le dit Janet, d'autrefois. La

réaction personnelle éprouvée à la vue du fils n'est plus ce qu'elle était avant : « Ce jeune homme ressemble à mon fils, dit le malade, mais je sens que ce n'est pas lui »...

La conception de M. Janet, la « perception conduite », rend parfaitement compte de cette erreur. Percevoir un objet, c'est non seulement recevoir toutes ses impressions sensorielles mais c'est nous préparer instinctivement à faire ce que sa présence commande.

A ce premier degré, l'erreur délirante est donc une simple méconnaissance. C'est le syndrome des sosies. Elle se manifeste par un simple reniement.

Le malade ne reconnaît pas l'individu, mais il ne le confond pas avec un autre individu déjà connu. On se représente assez bien le mécanisme de cette illusion, car on constate l'ébauche de cette attitude chez les gens normaux. Le reniement est la réaction des parents vis-à-vis de l'enfant dont l'infamie a tué en eux l'amour paternel : « Tu n'es plus mon fils » dit le père d'un criminel. « Ciel, j'ai donné le jour à l'Antechrist », gémit la sainte mère du héros de Mirbeau, en entendant son déséquilibré de fils déclarer, au milieu de jurons sacrilèges, qu'il veut se faire curé.

Facteur de l'intuition morbide. — Mais la perturbation du sens critique ne se borne généralement pas là, l'erreur s'aggrave passant de la méconnaissance à la fausse reconnaissance.

Le malade prend l'individu considéré pour un autre individu déjà connu. C'est la fausse reconnaissance. Il n'y a pas simple reniement de la personnalité réelle, mais affirmation d'une fausse personnalité.

Le mécanisme de cette confusion des individus échappe à notre compréhension, car l'investigation n'y est pour rien. Il s'agit d'un acte délirant que nous ne pouvons reconstituer, car la conscience saine ne peut pas se représenter un phénomène dont elle n'a jamais été le siège. On l'a comparé à une intuition, à un jugement affectif et on peut le désigner du nom d'intuition morbide.

Cette intuition morbide crée des croyances illogiques et contradictoires que leur absurdité interdit à l'homme normal. Le délirant croit que deux ou plusieurs individus différents sont le même.

Il est bien certain que, dans les perceptions qu'il a de tous les individus qu'il confond, le délirant retrouve des éléments communs. Mais cette communauté n'a rien de sensoriel, rien

d'objectif. Elle est cachée comme la participation mystique que sentent les primitifs. Halberstadt (7) a eu raison de rappeler l'identification illogique des primitifs, à propos des erreurs de l'identification délirante. Mais la participation mystique a des règles et est sentie identiquement par tous les membres du groupe. La participation délirante n'a pas de règles et, seul, le délirant la sent.

L'existence d'un même état subjectif chez le malade lorsqu'il est en présence des individus qu'il confond ou lorsqu'il pense à eux, voilà, semble-t-il, l'élément essentiel de la fausse reconnaissance. Le malade, comme le fait remarquer Janet, a le sentiment d'une même présence dans tous ces individus, présence qui exerce sur lui une emprise. Ce sentiment constitue presque à lui tout seul, le syndrome de Fregoli (11).

Quant à savoir pourquoi seuls certains individus provoquent la naissance de ce sentiment chez le malade c'est encore le secret de l'intuition morbide.

Facteur de l'imagination. — L'imagination, quand elle est constitutionnellement vive, peut, surtout quand elle est stimulée par la contradiction du médecin, inventer des ressemblances physiques entre les individus ou des dissemblances sur le même.

L'imagination peut, constitutionnellement, avoir les caractères qui lui ont fait donner, par Sollier (9), le nom d'imagination représentative. Cette imagination représentative que Mignard appelle objectivante, donne aux sujets qui en sont doués, la représentation sensorielle des éléments concrets de leurs états de conscience, les sujets ne peuvent penser à des êtres ou à des choses sans les voir mentalement.

C'est le cas de certains peintres qui, de mémoire, sans avoir le modèle sous les yeux, font un portrait. Cette imagination représentative, comme l'un de nous (10) l'a déjà signalé, n'est pas sans action sur la symptomatologie des psychoses. Elle donne une apparence hallucinatoire à une psychose qui n'a aucun caractère sensoriel lorsqu'elle éclot sur un sujet dépourvu de cette imagination.

A la fausse reconnaissance ici étudiée, elle apporte le secours d'une fausse ressemblance physique. En effet, en même temps que le malade donne à l'individu qu'il regarde, l'identité d'un autre auquel il pense, la représentation matérielle de cet autre lui apparaît. En regardant celui qui est là, il voit les traits de celui auquel il pense. C'est le syndrome d'intermétamorphose (12).

Identification délirante sociale. — Elle prétend établir simplement la catégorie sociale à laquelle appartient l'individu, et, pour l'aliéné, il n'y a que trois catégories sociales: celle des persécuteurs, celle des défenseurs, celle des neutres.

Cette identification est celle dont l'aliéné se satisfait le plus souvent. Il se contente d'incorporer l'individu dans la bande des ennemis ou des amis, sans lui attribuer la personnalité particulière d'un individu de cette bande. Le nom propre qu'il emploie désigne une collectivité. Et très souvent, ce sont les interrogations tendancieuses qui provoquent des précisions de réponse semblant constituer une identification vraiment individuelle.

D'après l'état affectif et les sollicitations de conduite qu'il éprouve à l'égard de l'individu, le délirant se fait, de l'activité de celui-ci, une représentation bienfaisante ou malfaisante, et il croit reconnaître sur lui les stigmates psychophysiques de cette activité. Le persécuté s'imagine reconnaître les attitudes de la persécution chez son persécuteur. C'est la réalisation imaginaire de ce que l'homme normal perçoit sur un individu dont l'activité sociale est intense. Nous reconnaissons le prêtre sous n'importe quel habit et même sans habit. « Tu es sacerdos in æternum », se dit l'abbé Guitrel. L'aliéné reconnaît le persécuteur sous n'importe quel vêtement et même sans vêtement. « Tu es insectator in æternum », pourrait-il lui dire.

En un mot, le psychopathe croyant croiser un persécuteur lui trouve une mimique agressive comme le délinquant voit un inspecteur de la sûreté dans tout passant qui le regarde.

IV. Fausse reconnaissance

L'identification délirante donne naissance aux syndromes suivants :

Syndromes de méconnaissance. — Le malade ne reconnaît plus l'individu, mais il ne le confond pas avec un autre. L'erreur est due à l'objectivation du changement apporté dans la cénesthésie et dans l'affectivité. N'étant plus sollicité à la même conduite qu'autrefois par la vue de l'individu, le malade ne croit pas que celui-ci soit le même qu'autrefois. C'est l'*illusion de sosie* de Capgras (1).

Si le malade a peu d'imagination, l'investigation morphologique est correcte, mais cette correction ne rectifie pas l'erreur. Il dit : « Cet individu n'est pas celui qu'il prétend être ; je ne

sais pas qui il est ; mais j'avoue que, physiquement, il ressemble à celui qu'il prétend être. »

Si le malade a beaucoup d'imagination, l'investigation morphologique est incorrecte. Elle invente des dissemblances. Il dit : « Cet individu n'est pas celui qu'il prétend être parce qu'il ne lui ressemble guère: il a le nez plus long, le teint plus pâle, etc... mais je ne sais pas qui il est. » C'est l'*illusion de sosie négative* de Vié (8).

Syndromes de fausse reconnaissance. — Le malade confond l'individu avec un autre. L'erreur est due à l'identité des conduites que le malade est sollicité à avoir envers l'un et l'autre, du fait de l'intuition délirante.

Si le malade n'a pas d'imagination représentative, la fausse reconnaissance ne s'accompagne pas de fausses ressemblances physiques, car l'investigation morphologique est correctement exécutée. Tantôt la sollicitation à la même conduite ne se produit qu'à l'égard des mêmes individus. La fausse reconnaissance sans ressemblance physique est, peut-on dire, concentrée. C'est l'*illusion de maints paranoïdes* qui, dans telles personnes de leur entourage actuel, reconnaissent telle autre personne de leur entourage antérieur dont elle n'a ni l'âge, ni parfois le sexe, ni aucun trait commun. Ces persécutés, tout en avouant les dissemblances, maintiennent la reconnaissance : « Je ne vous connais pas, mais je vous reconnais », disait un malade. Un paranoïde reconnaissait, dans un interne jeune, élancé, au nez aquilin, à la barbe noire, aux yeux noirs, une certaine Pauline Hourdigos, vieille cassée, au nez camard, borgne d'un œil bleu. « L'interne ne ressemble pas à la vieille, concédait-il, c'est elle quand même. »

De tels cas sont moins rares qu'on ne croit. Mais le plus souvent, l'ironie harcelante de l'interrogation oblige le délirant à improviser les ressemblances que l'interrogateur exige pour trouver vraisemblable la nouvelle identité.

Tantôt la sollicitation à la même conduite se produit à l'égard d'individus différents. La fausse reconnaissance sans ressemblance physique est, peut-on dire, diffusée. C'est l'*illusion de Frégoli* (11) décrite par l'un de nous avec Fail. Elle consiste dans le fait que le malade reconnaît la personnalité du même persécuteur sur tous les individus devant qui il ressent l'agression persécutrice. La malade que l'un de nous a observée reconnaissait son ennemie Robinne dans la voisine la plus immédiate, quelle qu'elle fût, chaque fois qu'elle éprouvait un

phénomène d'influence ou une hallucination. Le persécuteur est un Frégoli qui, pour s'approcher de sa victime, jusqu'à portée d'engin, prend n'importe quelle apparence.

Si le malade est doué d'imagination représentative, la fausse reconnaissance s'accompagne de fausses ressemblances physiques, car l'investigation morphologique est faussée. Tantôt l'erreur est concentrée sur les mêmes individus, tantôt elle est diffusée sur plusieurs. C'est l'*illusion d'intermétamorphose* (12). Elle consiste dans le fait que le malade voit le même individu perdre son aspect et sa mentalité pour prendre l'aspect et la mentalité d'un ou de plusieurs autres individus. Il a l'illusion que ces individus s'incarnent corps et âme l'un dans l'autre, qu'ils se métamorphosent entre eux.

Conclusions. — I. Contrairement à l'identification correcte qui est une croyance *a posteriori*, née des constatations qu'a fournies l'investigation des caractères morphologiques et psychologiques du sujet à identifier, l'identification délirante est une croyance *a priori* née d'une intuition morbide antérieure à toute investigation.

Cette intuition morbide résulte du fait qu'en présence du sujet faussement reconnu, le malade éprouve les mêmes réactions qu'en présence de l'individu avec qui il le confond.

Dans le déterminisme obscur de cette intuition morbide, il semble que, sans trop faire de normomorphisme, on puisse démêler quelques facteurs ; un facteur paracénesthésique qui donna naissance primitivement au sentiment d'un changement des objets ; un facteur affectif qui transforma les dispositions de l'humeur du malade, imprima à sa conduite certaines orientations de méfiance, d'hostilité. L'hermétisme de la conscience morbide nous cache le reste du mécanisme psychologique.

II. La fausse reconnaissance résulte, non pas d'une perception externe, mais d'une perception interne. Elle est due, non à la constatation par le malade d'une similitude objective entre l'individu faussement reconnu et l'individu avec lequel il le confond, mais à la constatation par le malade d'une similitude subjective entre les deux conduites que lui inspirent l'un et l'autre individus.

La méconnaissance résulte du fait que la conduite inspirée au malade par l'individu n'est plus la même qu'autrefois, mais n'a de similitude avec aucune autre. C'est le syndrome de sosie.

III. L'investigation, qui est le fondement de la croyance exprimée par l'identification correcte, ne joue donc aucun rôle

dans l'édification de la croyance exprimée par l'identification délirante. Aussi, peut-elle être correctement exécutée sans que la foi du malade en son identification erronée soit ébranlée. « Il ne ressemble pas à un tel, mais c'est un tel quand même », avoue le délirant qu'on sait interroger sans le suggestionner par le ridicule. « Mon persécuteur sait se déguiser au point de se rendre méconnaissable, par la contrefaçon de n'importe qui », dit le malade atteint d'illusion de Frégoli. Dans tous ces cas, il y a fausse reconnaissance, sans fausses ressemblances physiques.

L'investigation ne semble intervenir que lorsque le malade est doué d'une imagination représentative qui donne à toutes ses pensées la représentation sensorielle de leurs objets. L'identification délirante née de l'intuition morbide évoque alors l'image de l'individu reconnu. Devant l'individu que le malade regarde apparaît l'image de celui auquel il pense. La fausse reconnaissance s'accompagne de fausses ressemblances physiques. C'est le cas de l'illusion d'intermétamorphose.

BIBLIOGRAPHIE

1. Capgras et Reboul-Lachaux. — Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique (*Bull. Société clinique de méd. ment.*, janvier 1923). — Capgras et Carrette. Illusion de sosies et complexes d'Œdipe (*Ann. médico-psychol.*, juin 1924). — Capgras, Bucchini et Schiff. Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies (*Soc. clinique de méd. ment.*, déc. 1924). — La bibliographie est indiquée par Vié. (Voir plus loin).
2. Charles Blondel. — La conscience morbide (Alcan, 1913).
3. Janet. — L'hallucination dans le délire de persécution (*Revue philosophique*, janv. 1932) et les Croyances et les Hallucinations (*Revue philosophique*, mars 1932).
4. Sollier. — Le sentiment cénesthésique (*Rapport au Congrès international de psychologie*, Genève, 1909).
5. Sollier et Courbon. — *Pratique sémiologique des maladies mentales* (Masson, 1924).
7. Halberstadt (*Journal de psychologie*, oct. 1923).
8. Vié. — Un trouble de l'identification des personnes (*Ann. médico-psychol.*, 1930).
9. Sollier. — *L'imagination représentative*. Conférence à l'Asile Sainte-Anne, 1913.
10. Courbon. — Rôle de l'imagination représentative dans l'hallucination verbale (*Ann. médico-psychol.*, 1925).
11. Courbon et Fail. — Illusion de Frégoli (*Société clin. ment.*, juillet 1927).
12. Courbon et Tusques. — Illusion d'intermétamorphose (*Soc. médico-psychol.*, avril 1932).

LA CROYANCE DE L'HALLUCINE

(A propos des études de M. Quercy sur l'hallucination)

PAR

HENRI EY

« Un homme qui a *la conviction intime* d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est en état d'hallucination » a dit Esquirol (1). Cette définition (qui est devenue en s'abrégeant *mais en se déformant* la « perception sans objet ») est, croyons-nous, la seule définition possible du fait hallucinatoire (2). Elle en souligne le paradoxe surprenant. L'hallucination consiste dans ce fait qu'un individu perçoit un objet irréel comme réel. Etrange miracle ! La chose n'est possible que si l'individu se trompe ; il y a, impliquée dans l'hallucination, une erreur dont l'halluciné est victime. Les conditions de cette croyance (3) erronée sont les termes mêmes du problème de l'hallucination.

Pour en bien saisir toute la portée, nous devons préciser certains points.

Nous avons montré avec M. Claude (*Encéphale,* mai 1932) quelle dérivation avait subie la notion d'hallucination. Pour coïncider exactement avec le concept d'un automatisme sensoriel

(1) ESQUIROL. — *Mémoire sur les Hallucinations* (1817).

(2) C'est, à notre avis, le grand mérite du livre de M. Quercy d'avoir restitué à l'hallucination son sens, d'avoir vivifié cette hallucination qui a reçu depuis Baillarger des coups mortels. Elle a subi en effet une dégradation systématique qui l'a ramenée à n'être qu'une sorte de corps étranger dont la considération déconcerte plus encore le psychiatre que l'halluciné — ou bien encore elle s'est dissoute jusqu'à n'être qu'une erreur délirante, une simple façon de parler.

(3) M. Janet a récemment insisté sur ce facteur essentiel du phénomène hallucinatoire : la croyance de l'halluciné (*Revue Philosophique,* 1932). Nous pensons d'ailleurs être sur plusieurs points en accord avec son enseignement que nous avons longuement suivi. — M. de Greef (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* 1928) avait très heureusement insisté sur certaines conditions de la croyance de l'halluciné.

mécaniquement ébranlé, elle s'est éloignée de la définition primitive qui visait le fait proprement hallucinatoire. A mesure que l'opinion traditionnelle en la matière fondait le fait hallucinatoire sur l'éclosion dans la conscience de phénomènes parasites, qui se projetaient dans le champ perceptif de la conscience comme un corps étranger, neutre, parasite, l'hallucination est devenue le fait xénopathique. Nous avons souligné le paradoxe d'une telle évolution des idées. L'essence même du phénomène hallucinatoire qui est la croyance à la réalité d'un objet inexistant, *le fait de ne pas s'en étonner* (puisque l'halluciné a la *conviction intime* d'une fausse réalité), disparaît dans une telle définition, dans la mesure même où « l'hallucination maxima » est, dès lors, représentée par le *corps étranger*. On se figure et on assure que l'apparition de ce corps étranger dans la conscience d'un sujet suffit à fausser son entendement, à le tromper, à lui suggérer un véritable délire. Ce renversement des valeurs ne saurait être admis qu'à la condition de montrer qu'effectivement la présence dans le champ de la conscience d'une telle « monstruosité » sensorielle *suffit* à forcer la croyance du sujet. La définition même de l'hallucination par le fait xénopathique n'est donc pas une définition correcte de l'hallucination, bien plus elle est déjà par sa solidarité avec la théorie de l'épilepsie sensorielle une théorie de l'hallucination. Or, si l'on veut bien poser le problème de l'hallucination, il faut la définir comme elle se présente dans le fait clinique lui-même. Il y a des sujets — et nous tous quand nous rêvons — qui « perçoivent » (1) comme réels des objets qui n'existent pas. C'est à ce cas singulier que s'applique la notion d'hallucination. Le problème ainsi circonscrit est déjà assez vaste et difficile pour qu'on n'essaye pas, en l'étendant indéfiniment, de le dissoudre. Ce qu'il y a d'essentiel dans le fait hallucinatoire, c'est que l'halluciné prend des

(1) Disons ici, une fois pour toutes, que si percevoir implique l'adaptation extrême *au réel*, au vrai, il est clair que dans la mesure même où il s'agit d'un objet *imaginaire*, il ne saurait y avoir *perception* sans objet. Mais ce que signifie dans une telle définition de l'hallucination « percevoir », c'est avoir la conviction intime de la réalité d'un objet parce que cet objet ou plutôt cette image prend la valeur d'un objet réel — ou mieux encore *le maximum de réalité dont est capable la conscience dans les conditions où elle se trouve*. La condition de cette « méprise », M. Janet a montré, dans le deuxième de ses récents articles et déjà dans ses travaux antérieurs (*De l'Angoisse à l'Extase*), qu'elle résidait dans le stade asséritif de la croyance qui accepte tout par incapacité de critique. C'est pourquoi nous essayons de restaurer la définition d'Esquirol en signalant que la « formule » de Ball la déforme en l'amputant de cette partie sur laquelle M. Janet a mis l'accent, savoir : *la conviction intime*.

fantômes pour des choses ; il a la conviction intime de percevoir un objet qui n'existe pas.

On a quelquefois tenté de rejeter cette définition de l'hallucination comme étant « métaphysique », en faisant intervenir la notion d'objet, de réalité, de perception. Il serait bien étrange qu'on puisse distinguer un problème « positif », celui de l'hallucination, et un problème « métaphysique », celui de la perception et de la réalité, car on ne pourra jamais se dégager de cette idée que la notion d'hallucination est liée à celle de réalité comme l'objet à son ombre. Un homme est dit en état hallucinatoire par rapport à un état qui n'est pas hallucinatoire, c'est-à-dire à celui où il perçoit correctement et exclusivement ce qui est réel. Qu'on le veuille ou non, poser le problème de l'hallucination, c'est, du même coup, formuler une opinion sur le mécanisme de la perception et sur la définition de la réalité. Nous n'entendons pas échapper à cette exigence.

Nous éprouvons une sensation et nous percevons des objets.

Eprouver une sensation, c'est avoir conscience d'une impression sonore, olfactive, douloureuse, chaude, froide, etc. Une sensation est une *affection.*

Percevoir, c'est attribuer les impressions sensorielles à un objet, c'est le situer dans la réalité objective.

La réalité est cet ordre d'objets indépendants de nous, qui a ses lois et qui nous limite.

Percevoir sans objet, c'est donc intégrer dans la réalité quelque objet qui n'en vient pas.

D'où vient dès lors ce quelque chose ? — *De nous.* C'est une construction subjective objectivée.

Ce phénomène n'est possible que parce que nous avons une mémoire qui nous permet de substituer à la réalité de faux objets, aux choses des fantômes.

Comment peut-on concevoir cette substitution dont le résultat est l'hallucination ?

I

L'hallucination comme la perception implique la conscience d'un objet et sa réalité. Deux explications se présentent immédiatement à nous : ou bien, il se produit un fait de conscience anormal, une image mnésique se réveille tellement forte qu'elle se projette dans la réalité comme une tache d'encre sur du papier blanc ; — ou bien notre esprit en perdant ses

exigences rationnelles défaille jusqu'à prendre pour de la réalité ce qui n'est que son propre produit. Dans la première explication, l'hallucination dépend de sa matière sensorielle, — dans la seconde, elle dépend de la plus grande facilité de la croyance. Pour que la première soit juste, il faut montrer que la vividité sensorielle suffit pour entraîner la croyance dans une réalité. Pour que la deuxième puisse être exacte, il faut que la croyance dans la réalité d'une chose puisse aller jusqu'à sa perception. Quelqu'un nous dit « il y a un cheval » (1). Si nous le voyons également, si la chose nous paraît seulement possible, nous le croyons. S'il n'y a pas de cheval, s'il ne peut pas y en avoir, nous disons, il se trompe. Mais il peut se tromper de bien des façons : il pourrait avoir la vue basse et mal interpréter les objets qui sont devant lui, alors il s'agit d'illusions. Il peut nous dire, il y a un cheval en parlant par métaphore, par jeu ou en proférant des mots sans signification et il ne croirait pas du tout qu'il y a un cheval. Si, au contriare, il croit qu'il y a effectivement un cheval là où il n'y a rien, nous disons qu'il est halluciné. Les caractères mêmes de l'hallucination sont donc bien difficiles à préciser. Certains pourront toujours dire : « il nous raconte n'importe quoi » ; — d'autres : « il n'y voit pas bien, il a une illusion ». M. Quercy dit qu'il voit un cheval parfaitement net (2) et qui pourtant n'existe pas.

Nœphème (3) affirme que l'halluciné se trompe — que lorsqu'il dit « je vois », il *croit voir*. — Lorsqu'il croit voir un véritable objet *en fait* (?), il ne voit qu'une vague image, un pauvre souvenir. — Pour lui, l'hallucination en tant que perception sans objet n'existe pas et ne peut pas exister. C'est au fond la thèse de M. Bergson. Ça été longtemps la thèse de M. Quercy lui-même. Il y a renoncé pour prendre le langage d'Opsiphile : l'halluciné voit *réellement* un cheval et aucune argutie, aucune accusation d'erreur, de paralogisme *ne prévaudra contre sa foi.*

(1) Souvent, les malades disent non pas « je vois » mais « j'ai vu », ce qui peut être fabulation ou illusion de la mémoire.

(2) Net ou réel, tel est le débat. Tel est tout au moins le champ sur lequel, à notre avis, il doit être porté.

(3) Nœphème est l'interlocuteur d'Opsiphile. Tous deux sont les porte-paroles des deux thèses qui, pour M. Quercy, résument la querelle des hallucinations. Pour Nœphème l'hallucination est une erreur, un délire. Pour Opsiphile elle est esthésique, éminemment sensorielle. Pour nous la question posée dans ces termes est insoluble car Nœphème pourra toujours dire à Opsiphile : vous la croyez esthésique, elle ne l'est pas et Opsiphile pourra toujours dire à Nœphème, elle l'est, je la vois.

L'hallucination perception sans objet est parfaitement authentique (1). Cela ne doit pas nous surprendre, ajoute M. Quercy, il y a dans la perception normale une certaine indépendance de la perception et de son objet et c'est la première thèse qu'il développe dans son ouvrage. Suivons-le.

L'image virtuelle. — Là, dit M. Quercy, où il n'y a qu'un miroir, nous voyons une profondeur, des objets, une perspective. Il aurait pu nous présenter l'argument à propos d'un tableau, d'une photographie, etc. Il a préféré nous parler *d'images virtuelles* (peut-être par réminiscence bergsonienne, — peut-être aussi parce que « images » paraît davantage souligner le caractère de la série qu'il va développer devant nous comme une argumentation). En fait, l'argument de l'image virtuelle nous paraît ici un trompe-l'œil. Il n'y a rien d'hallucinatoire dans le fait de percevoir des rayons réfléchis par un miroir. Le seul point important dont M. Quercy ne manque pas de tirer argument est celui-ci : L'halluciné nous dit : je vois. On dit : il se trompe, ce n'est pas possible, comme le dirait un sauvage qui n'aurait jamais vu de glace. Et pourtant qui a raison ? — Son premier argument se réduit donc à nous faire saisir que ce n'est peut-être pas l'halluciné qui se trompe, mais le « Négateur de l'hallucination ». Cela pourrait être ainsi, mais il n'y a là encore aucun commencement de preuve.

Les illusions géométriques. — Celle, si fameuse, du groupe de lignes qui figurent selon « les points de vue », selon les « schèmes attentionnels » des cubes en dispositions variables est le type de toutes celles qu'il cite. Elles lui servent à montrer qu'en dehors de la matière sensorielle (puisqu'elle reste la même), l'esprit peut construire des objets différents. Retenons cette démonstration — d'ailleurs bien connue, — nous verrons qu'elle est un aveu !

L'illusion du correcteur. — Nous lisons une ligne, un mot est mal formé, nous ne nous en apercevons pas. Nous lisons ce mot comme s'il était sous nos yeux. Le sens de la ligne forme un tout dont un accident typographique survenu au mot ne nous soustrait aucune partie. C'est là une illusion des plus authentiques. Nous y voyons l'activité psychique, notre habitude, notre intellection projeter le mot, aller au devant de lui et le construire entier quand il existe déformé ou qu'il n'existe pas du tout. Mais même dans ce dernier cas, *l'objet* existe : c'est la ligne du texte dont le mot n'est qu'un détail.

(1) C'est-à-dire « esthésique » dans la thèse de M. Quercy.

L'illusion des amputés. — Un individu à qui l'on a coupé un membre continu à l'éprouver. Il n'y a plus l'objet habituel et il continue à être perçu. Ne sommes-nous pas tout près de la perception sans objet, de la vraie hallucination ? Nous pouvons dire que non — comme le sens commun qui appelle ce phénomène une « illusion ». Car le malade ne croit pas du tout qu'il ait deux membres. Il le sent, *mais il sait qu'il n'existe pas.* C'est à proprement parler ce, qu'avec MM. Claude, Lhermitte, Van Bogaert, nous appelons une *hallucinose.* Quand le membre existait, le sujet l'éprouvait et le croyait réel. Le membre n'existe plus, le sujet l'éprouve, mais ne croit pas qu'il l'ait. Quant aux conditions de cette « illusion » elles sont les mêmes que celles qui nous renseignent sur la présence de nos membres, car il reste le moignon avec sa cénesthésie. Cette cénesthésie est une donnée sensorielle non pas perceptive. Par elle, nous éprouvons quelque chose qui est notre membre, mais nous ne construisons pas un *objet* (1). Après l'amputation, il n'y a pas croyance dans l'objet inexistant. Les conditions de cette croyance ne sont pas seulement, exclusivement, les impressions cénesthésiques. D'ailleurs il ne saurait y avoir là non plus un exemple de perception sans objet. Ce qui persiste c'est la cénesthésie — non pas supprimée (il y a le moignon) — mais altérée.

Nous voyons donc que jusqu'ici M. Quercy a établi — comme il fallait s'y attendre — qu'il y a un complément, une « ergänzung » énorme de la matière sensorielle par l'activité de l'esprit. Sans doute, l'illusion est très complète dans chaque cas, mais « l'esthésie » de cette illusion ne dépend pas de la donnée sensorielle immédiate. M. Quercy, en voulant nous montrer qu'il y a dans la perception une grande indépendance entre l'objet et sa perception, nous a démontré du même coup que l'esthésie de la perception même fausse ne dépend que faiblement de la donnée sensible.

*
**

Les hallucinations, dit M. Quercy, sont pleinement esthésiques et il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi, puisqu'il y a une certaine indépendance dans la perception entre l'objet et la perception

(1) Pour aller jusqu'au bout de notre pensée — et encore une fois accepter une idée chère à M. Janet — disons que cette « cénesthésie » n'est pas du tout la condition primordiale *de la réalité,* ni de notre membre, ni de notre corps. C'est là, sans doute, un dogme, mais aussi une illusion des psychiatres.

(autrement dit puisqu'il y a place pour l'illusion). Mais là où il n'y a ni cheval, ni objet qui, complété formerait un cheval, d'où vient l'esthésie ? Elle ne vient pas d'une *simple image*, dit Quercy. Il fait protester avec véhémence l'halluciné (l'halluciné qu'il a été dans certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons) contre une telle opinion.

On s'est beaucoup occupé de la différence de nature ou de degré entre l'image et l'hallucination aux premiers temps de la théorie des hallucinations. Aussi bien, croyons-nous, c'est que là est l'essentiel du problème. M. Quercy le résoud comme Baillarger, Garnier, de Castelnau, en 1855, contre l'opinion défendue alors par Buchez, Maury, Brierre de Boismont. Dire qu'il n'y a qu'une différence de degré entre l'image et la perception, c'est rendre très facile le passage de l'une à l'autre. Mourgue a admirablement montré que c'est l'hypothèse d'une telle progression qui est à la racine des théories de l'automatisme sensoriel (appelé aussi automatisme mental) indiquée déjà dans Esquirol et que les travaux de Tamburini n'ont fait que paraphraser. L'image inscrite dans la mémoire devient tellement forte qu'elle se projette dans le monde des objets (Taine). — Dire qu'il y a une différence de nature, qu'est-ce à dire ? Cela ne peut vouloir dire qu'une chose : que la fonction mnésique imaginative est de nature différente de la fonction perceptive. Imaginer ou se souvenir, ce n'est pas percevoir. Dès lors, que veut dire M. Quercy en disant qu'il ne s'agit pas d'une simple image dans la perception sans objet? L'esthésie hallucinatoire, d'où provient-elle, puisqu'elle ne vient pas de l'objet ? Il faut bien alors qu'elle vienne de l'image, du souvenir. Sans doute, M. Quercy a raison de voir dans l'acte de « la perception sans objet » autre chose que la production d'une image vive, qu'une imagination vive. Cette « autre chose », c'est précisément le fait que cette image vive prend la valeur de la réalité et c'est à notre sens le défaut des études de M. Quercy de ne pas avoir touché au problème des conditions de cette substitution. L'hallucination étant éloignée de l'image — l'hallucination étant pourtant esthésique — l'hallucination doit être rapprochée de l'objet. Faute de ne pas avoir souligné que dans certains états psychiques (sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure) l'image se confond *dans l'acte proprement hallucinatoire* avec la perception, M. Quercy — pour nous faire comprendre ce que serait l'hallucination puisqu'elle n'est pas simple image — a recours au rapprochement avec l'*image consécutive* et l'*image eidétique*. Telle est la deuxième thèse de M. Quercy. On en saisit la

difficulté puisqu'il est ainsi amené à lier la perception sans objet à la perception avec objet.

L'image consécutive. — La post-image (Nachbilde) occuperait la première place, écrivions-nous ailleurs (1) dans le cortège qui va de l'illusion à l'hallucination. On sait que ces images sont des phénomènes sensoriels qui suivent une perception vive. Le rôle hallucinogène de ces images consécutives a été signalé à plusieurs reprises. Ces images ont des lois propres, en particulier leurs couleurs sont complémentaires des couleurs perçues, elles sont en relief. Mais ces « post-images » sont des *post-sensations.* On voit la distance qui reste à parcourir entre elles et la perception sans objet.

L'eidétisme. — Les images eidétiques s'obtiennent non pas par fixation comme pour l'image consécutive, mais après l'examen libre d'une image. Elles surgissent à nouveau et durent quelquefois une ou deux minutes. Ce sont des images très riches, bien circonstanciées, très nettes. Elles ne se déplacent pas avec les mouvements des globes (sauf dans les « mouvements attentionnels »). On sait que, sous la direction de Jaensch, c'est l'Ecole de Marburg qui a particulièrement étudié ces phénomènes. Leur valeur démonstrative apparaît la même, ni plus ni moins, que celle des post-images. Mais il y a plus encore, c'est que, de l'avis de M. Quercy lui-même, il s'agit là d'un phénomène qui ne peut s'observer qu'à Marburg... Cependant, pour M. Quercy, à supposer qu'elle existe, « l'image eidétique, dit-il (contre l'opi- « nion de Jaensch et de Cramaussel) est une perception sans « objet, elle est une hallucination et l'hallucination est une « image eidétique, à moins qu'on ne réserve « hallucination » « aux images eidétiques délirantes *prises pour l'objet* ». C'est précisément notre cas, il n'y a une hallucination que lorsqu'il y a effectivement *valeur de perception, c'est-à-dire lorsque l'image est prise pour l'objet.* Mais l'argument déjà présenté intervient également, c'est que malgré tout l'image eidétique ne coïncide pas avec l'objet, elle le suit. A ce point de vue non plus, il n'y a pas de perception *sans objet.*

*
**

On voit le double effort tenté par M. Quercy : l'esthésie hallucinatoire est d'abord liée à une relative indépendance de l'objet

(1) Cf. notre Etude analytique des Etudes de Quercy dans l'*Encéphale,* mai 1932.

et de la perception, — l'esthésie hallucinatoire est liée ensuite à un phénomène sensoriel propre qui serait analogue à l'image eidétique. Dans la première thèse, la matière sensorielle apparaît comme un simple prétexte hallucinatoire, mais reste effectivement unie à la sensation normale. Dans la deuxième thèse, elle apparaît être la substance même de l'hallucination mais là aussi, elle reste soudée à la sensation comme une ombre à son objet !

Quant aux conditions mêmes de cette perception sans objet, elles ne sont envisagées que par analogie avec des phénomènes tous centrés sur l'objet et ne recevant que de lui leur esthésie. Dans la perception sans objet, d'où vient cette esthésie ? M. Quercy ne le dit pas.

Et pourtant, dit-il, l'hallucination est esthésique, elle est réelle ; je l'ai éprouvée. M. Quercy, en effet, a expérimenté le peyotl et il a eu des hallucinations qu'il nous décrit avec un rare bonheur. Il souligne la vividité de ses impressions, leur esthésie complète.

En définitive, la thèse de M. Quercy se résume, en effet, dans ce témoignage nouveau — et combien intéressant ! — d'un halluciné qui nous dit « j'ai vu... et j'ai cru ».

Mais « Noephème » sera toujours fondé à lui dire : « Vous m'apportez un témoignage, non une preuve... Je me garderai bien de dire que vous ne croyez pas à l'esthésie... à un certain sens même que vous ne l'avez pas éprouvée. Mais le problème pour moi est ailleurs. C'est celui précisément de savoir d'où vient cette esthésie hallucinatoire. Votre assimilation à l'image eidétique peut me rendre compte de ce que vous avez éprouvé. Seulement votre propre théorie du complément « noetique » de la donnée sensible dans la perception me permet de croire que l'esthésie éprouvée n'avait pas besoin d'être une matière sensible bien vive pour vous paraître telle.

Le problème de la croyance chez l'halluciné n'est pas celui de savoir s'il *croit percevoir* ou s'il perçoit. Si perception, dans son sens plein, implique un jugement juste, il ne perçoit pas puisqu'il n'y a pas d'objet. Mais il est évident que l'halluciné, par définition, dirions-nous, croit percevoir, c'est-à-dire qu'il éprouve quelque chose d'équivalent pour lui à la perception. A ce point de vue, nous ne pouvons qu'enregistrer le témoignage de l'halluciné, *il est l'essence même du phénomène hallucinatoire.* Le véritable problème de la croyance de l'halluciné, c'est-à-dire de l'hallucination, est de déterminer quelles sont les conditions d'une telle croyance. Ce problème-là, M. Quercy ne l'a pas touché dans son entier.

« J'ai vu et j'ai cru », dit-il. Est-il bien vrai que M. Quercy ait été halluciné ? A-t-il vraiment cru ce qu'il voyait ?

M. Quercy a éprouvé des troubles psycho-sensoriels dans deux conditions différentes mais analogues. Dans un état toxi-infectieux fébrile il était en état de « fertilité intellectuelle ». Il eut des visions colorées, une floraison hallucinatoire qui se métamorphosait sans cesse, où les illusions, les phosphènes, les images consécutives jouaient un très grand rôle. Il semble d'après sa description si riche, que M. Quercy n'ait pas été tout à fait dupe de ses « hallucinations ». En tous cas, notons qu'il était à ces moments-là plongé dans une atmosphère qu'il rapproche lui-même (p. 361), d'un état confusionnel ou maniaque. Dans l'intoxication expérimentale par le peyotl, il « perçoit » des phosphènes, il a des visions liées aux images consécutives, aux lueurs, points et dessins du champ visuel, des illusions... et il remarque lui-même : un fait est presque toujours répété dans cette observation : la présence d'un objet extérieur, d'un post-image ou d'une lueur métesthésique. Bien plus, il ne conteste pas, dit-il, « que ses visions, toutes perceptives qu'elles lui apparaissent, sont immédiatement perçues par lui comme très différentes du réel » (p. 390). Nous sommes loin, là encore, de là perception sans objet, il y a déformation, complément de la réalité, mais pour si esthésiques que lui apparaissent les images, M. Quercy n'en est pas dupe. Le serait-il d'ailleurs que le vrai problème serait de se demander, puisque la néoformation esthésique qu'il a éprouvée effectivement n'a pas suffi, si ce ne serait pas dans les troubles de la conscience que se trouverait la condition essentielle de la « croyance intime » dans une fausse réalité.

II

Nous donnons à un sujet une boule de métal. Elle est froide. Nous lui disons qu'elle est chaude, qu'elle le brûle. Il la rejette. Il a éprouvé une intense sensation de chaleur. En réalité, la boule contenait un mélange dont la combustion en se développant lui a donné l'impression de chaleur. Il croit avoir été « halluciné ». Il ne l'a pas été car, à son insu, l'objet est devenu effectivement chaud.

Qu'aurait-il fallu pour que nous ayons un phénomène hallucinatoire ?

Il aurait fallu que la boule restât froide et que sa croyance suggérée dans la chaleur de la boule la lui fasse sentir chaude.

Mais il aurait pu se produire encore ceci : c'est qu'au moment où il touchait cette boule froide des excitations sensorielles systématiques de ses voies sensorielles lui procurassent fortuitement une impression de chaleur.

Pour qu'il y ait hallucination, il fallait ou que la croyance aboutisse à la sensation (1), ou qu'une excitation sensorielle anormale se substitue à l'impression réelle et lui fournisse *l'illusion* que la boule était chaude.

Nous pouvons remarquer tout de suite que le phénomène sur lequel tout le monde peut se mettre d'accord quant au caractère hallucinatoire, est celui où la croyance pure, l'imagination pure déterminent la sensation. Dans le cas d'une production sensorielle anormale, c'est le mot illusion qui vient de suite à l'esprit car il a éprouvé une matière sensorielle positive.

Nous saisissons bien ici le double courant explicatif du phénomène hallucinatoire dont nous parlions plus haut.

L'halluciné dit: j'ai perçu un objet. Il n'y a pas à ergoter sur ce point insoluble de savoir s'il l'a vu ou s'il a cru le voir, il y a lieu de se demander s'*il a cru voir un objet* par production esthésique anormale ou s'il l'a vu parce qu'un mécanisme psychologique (croyance, suggestion, attente, troubles de la conscience) a construit cet objet à peu de frais sensoriels et peut-être sans néoformation sensorielle.

Nous parlons ici de perceptions et non de sensations, car nous devons, pour bien saisir le problème de l'hallucination et *seulement celui-là* (celui de la perception sans objet) faire au sujet de l'exemple que nous venons de prendre d'importantes réserves. Il a orienté le problème mais l'a mal posé, parce qu'à propos de la boule chaude il s'agissait de sensations et non de perceptions.

La perception sans objet n'est possible que dans le domaine des sens proprement perceptifs, ceux qui posent un objet en dehors de soi. Nous ne voulons pas entrer dans la question de savoir s'il n'y a pas une part pèrceptive dans l'olfaction, la gustation, la sensibilité externe. Nous nous contenterons de nous occuper ici des sens de la vue et de l'ouïe. Mais nous pouvons indiquer que quant à la « perception interne », elle n'a de perception que le nom, elle ne pose pas d'objets et à ce titre les notions d'hallucinations cénesthésiques, kinétiques, etc., ne nous paraissent pas avoir de sens. On désigne sous ce nom des sensations anormales plus ou moins

(1) Ce cas se présente comme un fait, par exemple lorsque, appuyé contre une portière, quelqu'un *éprouve intensément* la sensation qu'elle s'ouvre et qu'il commence à tomber.

interprétées. Elles sont l'occasion — comme l'a admirablement montré Blondel — de métaphores délirantes. Elles ne peuvent pas être considérées comme des perceptions sans objet. Quand un malade nous dit qu'il est électrisé, nous ne pouvons appeler ce phénomène hallucinatoire qu'à la condition de dire qu'une paresthésie est une hallucination, qu'un prurit est une hallucination, une hallucination au même titre que celle du rêveur qui est dans une forêt où il circule et où il rencontre des animaux. On voit l'abus fait de la notion d'hallucination que l'on a démonétisée pour l'ajuster tant bien que mal à des phénomènes si profondément différents. Esquirol prévenait déjà contre un tel abus quand il écrivait (p. 155) : « Les hallucinations ne sont ni de fausses sensations, ni des illusions des sens, ni des perceptions erronées, ni des erreurs de la sensibilité organique, comme cela a lieu dans l'hypochondrie. »

⁂

La question qui nous occupe est donc de déterminer les conditions de la croyance dans un objet qui n'existe pas. Or ces conditions peuvent être recherchées dans *deux sens différents.*

Nous nous soucions avant tout de poser correctement le problème des hallucinations. C'est pour cela que nous avons cru utile, avec M. Claude, de proposer un retour à une définition qui est *grosso modo* assez précise et qui vise vraiment des phénomènes dont le caractère hallucinatoire apparaît évident à tous les observateurs.

Quant aux thèses que l'énoncé même du problème met en présence, c'est aux faits de dire si l'une ou l'autre est entièrement fausse, ou à quelques cas particuliers l'une ou l'autre s'applique. Nous pensons quant à nous et jusqu'à plus ample informé que la théorie de la *néoformation sensorielle* (1) n'est ni suffisante ni peut-être même nécessaire pour nous donner une idée de l'hallucination dont le champ est restreint par la définition d'Esquirol. Nous nous proposons d'étudier ces problèmes avec tout le développement qu'ils exigent. Ici nous ne voulons que fixer leurs données essentielles.

(1) Nous pensons à ce point de vue être tout à fait d'accord avec les « négateurs » de l'Hallucination et en particulier avec M. Charles Blondel. Ses idées — bien connues — ont été exposées par lui à Bruxelles en 1928 dans une série de conférences dont M. Vermeylen a rendu compte (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie* 1929) dans une excellente étude originale.

1° L'Hallucination est-elle conditionnée entièrement par une néoformation sensorielle ?

Nous posons la question sous cette forme « entièrement » conditionnée, car s'il est avéré que l'excitation sensorielle anormale est incapable de la produire à elle seule, nous devons en conclure qu'une théorie purement mécanique de l'hallucination est insoutenable.

Le postulat essentiel d'une telle théorie est la loi de Müller de l'excitation spécifique des nerfs. Les objets agissent sur les organes et centres sensoriels par le dehors. On peut concevoir une excitation interne qui ressusciterait l'objet.

Les expériences d'excitation interne des organes, voies et centres sensoriels, fournissent la preuve qu'il y a possibilité par de tels moyens de fournir une matière sensorielle anormale.

Mais ce qui se produit alors ce sont des lueurs, des sons subjectifs et élémentaires.

Nous avons vu que M. Quercy, en développant son argumentation, a garanti la possibilité pour des phénomènes élémentaires de s'intégrer en représentations complexes. Il y a un complément noétique évident. Donnons-en un exemple tout à fait typique :

Récemment Hoff (1931) a montré qu'un malade hémianopsique et hémiplégique voyait constamment à ses côtés une jeune fille qui était précisément sa propre image de jeune fille. Elle était vêtue à la mode de 1900 et portait comme costume, le même qui avait tant plu à son mari mort. Or, des images exposées dans son champ visuel aveugle et par conséquent non perçues ne tardaient pas à passer dans l'image hallucinatoire. On exposait une image représentant une jeune fille en manteau bleu et le costume de sa jeune fille habituelle devenait bleu !

Il est donc incontestable que l'irritation sensorielle ne fournit qu'une matière que l'activité psychique (l'imagination, l'inconscient) du malade « informe ». Mais pour si complexes que soient ces « formes » elles se présentent à la conscience du sujet comme *irréelles*. Elles sont présentes mais irréelles. Tel est par exemple le cas d'un bel arbre couvert de fleurs dans une tumeur temporale. Tel est le cas d'une malade que nous voyions récemment chez le Dr Lhermitte. Elle voit le soir des confetti, des fleurs magnifiques, de la neige, mais tout cela *n'est pas réel*. Citons encore l'observation si curieuse de ce vieillard atteint de rétinite maculaire bilatérale dont Morax (1922) a rapporté l'histoire :

« Il voit des défilés de soldats. Parfois ce sont des femmes qui marchent lentement de gauche à droite. Ce sont tantôt des figures isolées, tantôt d'interminables théories. Les coiffures et l'ajustement rappellent le XVIII[e] siècle. La pensée, dit-il, a une part dans ces phénomènes. Si elle est occupée dans un travail absorbant, les apparitions sont beaucoup plus rares. L'influence des préoccupations est évidente. Un jour que je dictais des souvenirs de Russie, j'ai nettement vu un paysage de neige sur lequel se mouvaient des masses noires semblables aux animaux. » Ce malade n'était pas dupe de ces visions, *il ne croyait pas à leur réalité.*

Dans l'ordre auditif nous observons la même chose : une malade atteinte de labyrintite spécifique double avec surdité, entend d'abord comme un siffiet de locomotive. C'est ensuite et jusqu'à présent, depuis trois ans, une perpétuelle litanie parfaitement distincte et claire : « Retournez-vous, Marie ! Retournez-vous, Marie ! » à laquelle la malade ne prête *aucune réalité.*

Ce sont là des cas *d'hallucinoses,* c'est-à-dire *d'hallucinations conscientes.*

Il y a bien dans ces cas présence, apparence d'objets, mais il n'y a pas perception d'une « réalité objective » qui n'existe pas. Il manque à ces phénomènes pour être vraiment, authentiquement hallucinatoires, le caractère essentiel de l'Hallucination et de la Perception, le jugement de la réalité (Schröder, Van Bogaert), le « Daseinerlebnis » (Kronfeld), la croyance, comme dit plus simplement Janet.

La mythologie neurologique (1) a pu faire penser — M. Quercy paraît lui-même pris à ce sortilège — que lorsque l'excitation sensorielle est cérébrale et non plus périphérique, il y avait d'authentiques hallucinations. Le dépouillement de nombreuses observations publiées nous a montré (comme l'avait déjà montré Baruk) que, dans les tumeurs temporales ou occipitales, il manquait également ce caractère de réalité s'il n'y a pas de

(1) Cette « mythologie neurologique » est toute entière fondée sur l'idée (que nous avons critiquée ailleurs) d'une création possible d'idées, de sentiments, de perceptions par excitation cérébrale fortuite. Elle fait état de conceptions neurologiques périmées et d'hypothèses gratuites — que les neurologistes ne veulent même pas admettre — pour rendre compte par l' « automatisme mental » de nombreux phénomènes dont, singulièrement, l'hallucination. M. de Clérambault s'est fait, chez nous, l'apôtre génial et ardent d'une telle conception. Elle est actuellement en pleine vogue. M. de Morsier s'en est fait récemment l'âpre défenseur ici-même (*A. M.-P.,* 1930).

troubles importants de la conscience sur lequel nous reviendrons plus loin (1).

Nous pouvons donc conclure avec fermeté que la néoformation sensorielle n'est pas une condition suffisante de l'hallucination. Nous allons voir qu'elle n'est peut-être même pas une condition nécessaire.

2° L'hallucination est-elle conditionnée par des troubles de la croyance et de la conscience ?

L'halluciné croit percevoir un objet, *sa perception fausse et sa croyance sont une seule et même chose* qui se traduit par cette affirmation : il y a un cheval ; quelqu'un est là qui me parle. La « sensorialité » de l'hallucination vraie est affirmée par le sujet qui se trompe. En réalité, c'est-à-dire pour la raison saine et objective qui le considère, il n'y a pas d'objet. Pour lui, il y a réalité. Cet hiatus, comment peut-il s'établir ?

Ce qui est la réalité pour chacun de nous est toujours plus ou moins différent de la *vérité,* soit parce que nous la déformons par l'intervention de nos opinions, de nos sentiments, de nos affects conscients ou inconscients (rappelons l'illusion du correcteur, celle de l'attente de quelqu'un que l'on croit voir au loin, celle de la peur qui fait croire à ce poltron qu'une clef grince dans sa serrure, qui fait tressauter l'anxieux à la voix qui annonce son supplice imminent), soit parce que incapables de percevoir la réalité, d'exercer la fonction du réel la plus difficile et la plus synthétique, à ce *réel réel* se substitue comme réelle notre imagination.

Nous distinguerons donc deux cas : celui où la croyance va au devant de l'objet absent, l'appelle et le crée à partir du matériel mnésique ; celui ou la croyance devient « asseritive », est incapable de résister et s'abandonne aux phantasmes comme à des choses.

A. — Dans le premier cas, nous rangeons les phénomènes de suggestion de croyance délirante, d'objectivation d'affects.

1° *Suggestion.* — Binet suggère à un sujet qu'il y a une croix rouge sur une feuille de papier blanc. Il la voit. La littérature sur l'hystérie est pleine de ces suggestions hallucinatoires où l'on voit l'idée fixe se développer avec une grande objectivité. Le phé-

(1) Cf. Claude et Henri Ey. — Hallucinose et Hallucinations. Les théories neurologiques des Phénomènes psycho-sensoriels (pour paraître in *Encéphale,* juillet 1932).

nomène reste le même et prend son entière signification dans les cas d'hypnose dont Parcheminey a parlé récemment (1). On se rappelle les expériences de Roffenstein qu'il cite. L'ordre, coït avec le père entraîne le rêve, non pas du coït lui-même, mais de son substitut libidineux. Le père lui donne une grande malle et une clef de porte cochère, etc...

2° *Croyance délirante.* — On sait combien Falret, Magnan et Séglas ont insisté sur le caractère délirant de l'hallucination, qui apparaît comme le terme ultime du délire. Les cas où effectivement l'hallucination apparaît comme conditionnée par la croyance délirante sont en clinique très nombreux. Guiraud a beaucoup insisté sur la phase pré-hallucinatoire du délire. L'individu qui se croit poursuivi dans la rue entend ensuite des voix ; il y a une chronologie que la pratique psychiatrique montre avec évidence. Rappelons simplement l'observation publiée par Dupouy, Picard et Masquin (1928) d'un malade paranoïaque qui objectiva très exactement dans le sens de son délire, les voix de ses persécuteurs. Ceillier, élève de Séglas et de Claude a, dès 1927, longuement insisté sur ce point dans ses remarquables travaux sur les délires d'influence. Pour lui, le sentiment d'influence commande la forme hallucinatoire du délire.

3° *Objectivation d'affects.* — Il s'agit là, soit d'élans affectifs globaux et intenses comme l'anxiété, et c'est le cas des mélancolies délirantes hallucinatoires ; soit des complexes affectifs qui se matérialisent et s'objectivent. Janet, dans son tout récent article sur les croyances et les hallucinations, rappelle par exemple le cas d'Irène, qui revit la nuit la mort de sa mère, lui donne des soins, etc. Nous avons eu également l'occasion de voir un malade qui, après la mort d'un être cher, le voyait, conversait avec lui. C'est à ce point de vue que nous croyons utile et désirable les recherches analytiques sur l'hallucination.

B. — Dans un deuxième groupe de faits, tout se passe comme si la pensée perdait son pouvoir de se maintenir au niveau du réel. Elle s'affaiblit ou se disloque et il se produit *une véritable osmose du réel et de l'imaginaire.* La réalité est faite chez ces malades indifféremment des objets réels ou des images. Barat a beaucoup insisté sur le mécanisme de la substitution de l'image à l'objet et c'est, croyons-nous, cette *contraction hallucinatoire de l'imagination et de la perception* qui se trouve réalisée :

1° Dans les états de déficit intellectuel, tels qu'ils sont constitués dans certains syndromes agnosiques, la cécité psychique

(1) *Evolution Psychiatrique,* série II, n° 3, 1932.

(Barat), la surdité psychique (Sérieux et Mignot) en sont les exemples les plus frappants (1).

2° Dans les états de dislocation schizophrénique, où la pensée autistique s'objective selon des mécanismes sur lesquels Bleuler, C. Schneider, Minkowski ont mis l'accent.

3° Dans les états hyponoïdes, dont le type le plus parfait est l'état d'onirisme, le rêve. Il s'agit là de phénomènes tellement connus que nous ne pourrions que répéter ce qui a été dit par tous les auteurs depuis Delasiauve, Lasègue, Régis jusqu'à Sancte de Sanctis, Freud, Bernard Leroy, etc. Nous voulons cependant souligner l'importance de ce mécanisme dans les états hallucinatoires cérébraux. Les études des chirurgiens américains (Cushing, Kennedy), à la suite de Jackson ont fourni ces temps derniers une importante contribution à l'étude des auras épileptiques, des dreamy stats, des crises de l'uncus. Nous devons signaler enfin les cas de phénomènes sensoriels récemment publiés en France et en Belgique dans les lésions pédonculaires et vraisemblablement conditionnés par des troubles de la fonction hypnique. De même encore, le travail récent de Léonhard (1932) sur les hallucinations, dans les accès narcoleptiques de l'encéphalite. L'étude des troubles psycho-sensoriels au cours des intoxications par la mescaline (même s'il y a dans ces cas néoformation sensorielle) exigerait une explication analogue.

⁂

Mais dans ces cas où les troubles de la conscience ou de croyance paroxystique qui aboutissent à la perception sans objet « a la conviction de percevoir un objet sans que les organes sensoriels aient subi une excitation externe », d'où vient la sensorialité de l'hallucination ? Tout à l'heure, nous avons vu que par son excès et son incongruité la néoformation sensorielle ne pouvait être qu'un prétexte hallucinatoire, une « hallucination » décapitée de son caractère propre qui est la croyance en une fausse réalité. Maintenant, nous comprenons bien que la croyance s'attache à l'objet puisqu'il en est en quelque manière sorti, *mais d'où vient la matière sensorielle elle-même ?*

(1) L'état de fléchissement de l'esprit, et particulièrement l'état démentiel comme condition de l'hallucination, apparente ce problème à celui de l'aphasie. La théorie de l'aphasie — perte des images — celle de l'automatisme mental (résurrection d'images) procèdent de la même psycho-physiologie. Pierre Marie et Harry Head ont reformé la conception des schémas et des centres sensoriels — quelque chose d'analogue devrait être tenté en matière d'hallucinations.

Tantôt un délirant entend sa pendule, la voix d'un chien qui hurle, proférer des paroles.

Tantôt la croyance du délirant ou du sujet placé dans un état de conscience réduite s'empare de phénomènes hallucinosiques de néoformation sensorielle.

Dans le premier cas, il s'agit d'une illusion. Dans le deuxième cas, il s'agit du passage de l'hallucinose à l'hallucination, moyennant des conditions pathologiques particulières. S'il s'agit d'illusion, il s'agit d'objet réel complété par la signification, les schèmes perceptifs que l'esprit projette sur lui. S'il s'agit de représentation primitive utilisée par une croyance paroxystique ou une conscience affaiblie, il n'y a pas objet extérieur, mais il y a excitation interne mécanique.

N'y a-t-il pas encore place pour le phénomène proprement hallucinatoire d'emblée ? Lorsque la malade de Barat, aveugle psychique, croit être dans sa chambre, alors qu'elle est à l'hôpital, — lorsque le rêveur vit les scènes de son rêve, — lorsque l'hystérique vit son idée fixe, — lorsque le mélancolique entend la voix accusatrice, d'où vient la sensorialité de l'hallucination? A-t-on besoin pour se la représenter d'invoquer une néoformation sensorielle ?

Nous avons tous des souvenirs et même une mémoire affective (quel qu'en soit le mécanisme). Se rappeler une chose, une sensation, c'est l'éprouver un peu. C'est même parfois l'éprouver beaucoup (le souvenir d'un serpent qui vous a effrayé, grincement d'un morceau de liège que l'on coupe, etc.).

La conscience a donc toujours à sa disposition une certaine matière sensorielle. Il se pourrait que, dans les phénomènes les plus extrêmes et les plus authentiques hallucinatoires — dans le rêve par exemple — la croyance paroxystique et la conscience du rêveur « nourrissent » leur hallucination de cette seule « sensorialité ».

III

Nous pensons que le retour à la définition d'Esquirol et par conséquent la limitation de la notion d'hallucination exigent une *séméiologie précise* et remaniée dans l'observation clinique. C'est elle qui doit conclure en définitive l'effort que nous tentons. Nous ne pouvons que l'ébaucher ici.

Nous allons examiner simplement à titre indicatif les diverses modalités cliniques des troubles psycho-sensoriels. Nous ne pouvons pas ici prétendre entrer dans le détail de l'analyse clinique et théorique.

Nous éliminerons hors du cadre des faits proprement hallucinatoires tous ceux qui sont généralement décorés de ce nom et qui n'obéissent pas à la définition dont nous essayons une restauration. Cette masse de faits est généralement appelée par les auteurs qui ont limité le domaine des hallucinations, le groupe des pseudo-hallucinations (1). Ce sont des troubles psycho-sensoriels qui ne peuvent pas être définis par *la « conviction intime » de percevoir un objet absent.*

1° Les paresthésies, les interprétations délirantes et les hallucinations psychiques (pseudo-hallucinations)

Un malade dit : « Je sens des courants électriques ». Sa conscience est envahie par une impression sensorielle désagréable. Tantôt le malade nous dit : ce sont des impressions bizarres, des fourmillements et *nous avons affaire à des paresthésies,* exprimées souvent par métaphores. (C'est comme du feu..., ça me brûle). Tantôt les malades — délirants — nous répondent à la question comme une de nos malades de la Clinique : « Oui, j'ai des courants électriques. La preuve en est que je ne fais pas ce que je veux. On me fait marcher. Quand j'ai une impression désagréable, j'ai des frissons, ce sont des courants électriques : il y a là *interprétation délirante.* Dans le premier cas, il y a eu néoformation sensorielle effective que le malade exprime comme il peut. Dans le deuxième cas, il y a attribution à une cause extérieure de sensations, que rien ne nous permet de croire anormales. Seule l'idée que la croyance en une action extérieure peut provenir *seulement* de sensations anormales fait faire au psychiatre cette hypothèse, comme seul aussi dans un examen tendancieux le désir du malade d'être crû et de fonder son délire lui fait affirmer « l'immédiatité » de sensations que leur analyse plus approfondie découvre sans caractères originaux.

Les phénomènes de conscience qui accompagnent l'exercice

(1) Cette distinction — que certains partisans de la théorie purement mécanique voudraient effacer à leur profit — garantit radicalement la vraie hallucination contre toute interprétation dans le sens de « l'épilepsie des centres sensoriels ». Une telle théorie ne *peut* en effet s'appliquer qu'en partie, et seulement dans quelques modalités cliniques, aux phénomènes pseudo-hallucinatoires (hallucinose, sensations anormales). Tant, au contraire, qu'on définit la « vraie hallucination comme un phénomène xénopathique », un « corps étranger », une fois faite cette concession importante *et gratuite* à la théorie mécanique, celle-ci revendique tout ce que de par ailleurs on définit « vraie hallucination » par la fameuse formule « perception sans objet ».

de la pensée et du langage intérieur rentrent très souvent dans le délire des malades.

Dans un premier groupe de faits, les malades se plaignent de *malaises cérébraux*, d'une sorte de *dysesthésie mentale*. La pensée ne court plus. Elle s'arrête. Elle est difficile, embrouillée, pénible. Elle est étrange. Les idées viennent malgré eux. Elles sont très vives... Ils sentent une sorte d' « aimantation », de courant électrique dans la tête... » Que devons-nous penser de tels troubles? Rien *a priori* ne nous interdit de penser que les malades éprouvent là des phénomènes réels et on observe en effet dans le courant de la pensée de ces malades, des barrages, des idéations brusques, une inhibition, etc. Il est bien clair que si on se fait une théorie de ces malaises telle que précisément elle rend compte par des désordres cérébraux *effectifs*, des impressions éprouvées par le malade, ces phénomènes n'auront rien d'hallucinatoire, ils exprimeront la plus réelle réalité ! Nous n'arriverons jamais à comprendre pourquoi de tels phénomènes peuvent être non seulement considérés comme hallucinatoires, mais servent de types dans la description des hallucinations. Les cas auxquels nous faisons allusion sont, croyons-nous, très caractéristiques de l'hébéphrénie délirante, de la démence paranoïde. Ils pourraient *peut-être* — malgré que ce ne soit pas absolument l'opinion de Bleuler — représenter des signes primaires du processus schizophrénique.

Parfois, les malades disent qu'ils ont dans leur tête des pensées étrangères. On leur fait de la transmission de pensée ; ils reçoivent dans leur cerveau des idées, des murmures, des suggestions. C'est ce que l'on appelle des *hallucinations psychiques*, depuis Baillarger. Ici, il y a *dépossession de la pensée* (Lévy-Valensi). Cette *croyance dans une action extérieure* (Claude) provient-elle de ce qu'effectivement ces malades, quand ils pensent, subissent un écho de leur pensée, par une sorte de résonance physique, effective de leurs processus cérébraux, parce qu'effectivement une voix se mêle comme une reproduction automatique au cours de leurs pensée ? Telle est la question qui se pose avec une grande acuité dans les discussions psychiatriques.

Faisons remarquer que si *effectivement* ces malades éprouvent — d'une part — ces sensations anormales, comme d'autre part ils ne les objectivent pas, qu'ils ne croient pas qu'il y a réellement quelqu'un qui leur parle, il ne saurait, en aucun sens, y avoir de phénomènes hallucinatoires. Mais cette question de définition réglée, examinons de plus près les choses. Ce qui est offert à l'observation et à la théorie du psychiatre, c'est le fait : « J'en-

tends des murmures, des transmissions de pensée », rien de plus. Il se peut que le malade éprouve là des phénomènes effectifs, nouveaux, originaux comme ceux dont nous parlions plus haut. L'observation que Tinel et Baruk ont rapportée récemment comme tout ce que l'on peut savoir des processus anatomo-physiologiques de la dislocation, de la démence précoce peuvent étayer une telle opinion. *Cela se peut, mais il se peut aussi qu'il s'agisse d'un tout autre phénomène.* M. Claude a défendu depuis longtemps cette idée que ce qu'il faudrait expliquer (sans doute) chez ces malades, mais ce qui est primitif est *un sentiment, une croyance dans une action extérieure.*

D'où viendrait dès lors la matière de telles interprétations ? Un malade délirant — le fait est assez fréquent — a un lapsus, il s'arrête : « Vous voyez, Docteur ? ils m'arrêtent la pensée ? » Qu'y a-t-il là de nouveau, d'original, de primitif, est-ce le lapsus, l'arrêt de l'idéation — que nous éprouvons tous cent fois par jour — ou est-ce la croyance délirante qui désapproprie la pensée ? Nous touchons du doigt, pensons-nous ici, la matière dont sont faites de telles interprétations délirantes : c'est la pensée intérieure avec sa résonance spéciale, ses accidents banaux. Généralement, ce que nous pensons, ce que nous disons en nous-même, le discours intérieur, le véritable dialogue que représente souvent notre entretien intime — dans lequel souvent nous nous tutoyons ! — tout cela se confond intimement avec la *signification* même de notre langage intérieur et nous n'y prenons pas garde, mais si dans une attitude d'expectation délirante, nous nous tournons vers la forme même et non plus le contenu significatif de notre discours, nous « apercevons » une masse énorme de faits de conscience qui paraissent bien étranges — presque étrangers. Nous rapportons ici l'observation bien intéressante d'un enfant de cinq ans. Il sait qu'on a une *âme*. Il était soigné et caressé par une vieille servante qui est morte. Pendant de longs mois, il discourait intérieurement avec lui-même... ou plutôt avec l'âme de cette vieille femme. Toujours elle était en lui, près de lui. Son activité discursive — telle qu'elle est donnée dans le langage lui-même qu'il venait d'apprendre — exigeait peut-on dire un interlocuteur, et cet interlocuteur est venu. Il l'a personnifié, sous la forme d'une voix entendue en lui-même, murmurée.

Nous n'avons voulu que marquer ici l'importance du facteur interprétatif et des croyances, nous devons ajouter encore que certains états hyponoïdes rendent particulièrement favorable cette sorte de dédoublement. Nous nous réservons d'insister

sur chacun de ces points que nous ne pouvons songer à traiter ici dans le grand développement qu'ils exigent.

Les images suggérées, les visions mystiques ou obscènes qu'on *fait voir aux malades* (« Docteur, comment voulez-vous que ce soit moi qui m'imagine de pareilles horreurs..., de pareils délices ! ») représentent à notre sens un genre très voisin des pseudo-hallucinations. Le phénomène est généralement plus rare et nous pensons que cela tient à ceci que dans cet ordre de faits, ce qui est important, c'est la grosse part *significative* de l'activité verbale. Or, dans le domaine auditif, on peut dire que l'essentiel — l'essentiel en tous cas de phénomènes morbides — est *verbal de telle sorte qu'il y a dans ces phénomènes beaucoup moins d'audition que de langage.* C'est d'ailleurs un argument à notre sens important contre l'origine mécanique de ces phénomènes que ce fait de leur extrême fréquence dans le domaine le plus important de la pensée intérieure (activité verbale) et de leur extrême rareté dans le domaine des souvenirs visuels, toujours plus concrets.

2° Les hallucinoses (*pseudo-hallucinations*)

Nous avons signalé de nombreux cas avec M. Claude, de phénomènes de ce genre. A partir d'une sensation anormale, se constituent des « formes illusionnelles ». Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est que comme dans l'illusion que nous étudierons plus loin, il y a un prétexte sensoriel affectif, mais du fait même de l'incongruité d'une telle néoformation sensorielle, les malades n'en sont pas dupes.

Si la théorie mécanique des troubles psycho-sensoriels a une valeur — et il serait assez étrange qu'elle n'en ait aucune ! — c'est dans les cas de ce genre.

Les lésions de la rétine, les lésions des voies optiques, des centres occipito-temporaux, de l'appareil auditif périphérique fournissent incontestablement des impressions sensorielles qui sont le prétexte à des constructions hallucinosiques. Le cas que nous avons rapporté avec Claude et Baruk est tout à fait instructif. Nous n'y revenons pas.

3° Les illusions (*pseudo-hallucinations*)

Nous avons vu que l'activité psychique était considérable dans la perception — ce qui est truisme psychologique ! Il y a un apport « noétique » très important qui complète la donnée sensorielle. Les schèmes attentionnels (Revault d'Allonnes), les schè-

mes moteurs (Bergson) ajoutent continuellement à la sensation. Ce complément dépend et des habitudes antérieures — et de la croyance intentionnelle (Janet) qui, appelant l'objet, le trouve à l'occasion de prétextes sensoriels parfois minimes (illusions du correcteur, du rendez-vous, etc.).

Le type en est ce que les Allemands appellent l'*eidolie,* c'est-à-dire la construction complémentaire, figurée que l'activité psychique, la mémoire, l'habitude, les préoccupations du moment exécutent à partir de sensations vagues. Par exemple, lorsque nous voyons à travers un feuillage des figures, dans des images un paysage, etc. Nous ne donnons qu'un seul exemple, mais caractéristique : une schizophrène nous disait qu'elle voyait une tête de mort sur le mur et elle désignait effectivement, trois ou quatre taches qui, grossièrement, figuraient un nez, deux orbites, une bouche. C'est encore le cas où l'imagination exaltée construit des images avec les dessins d'un papier peint. L'intoxication mescalinique — que nous n'avons pas encore éprouvée — nous paraît fournir une excellente occasion d'illusions de cette espèce. D'autres illusions du même genre consistent dans le fait qu'un malade qui entend effectivement parler dans la chambre voisine « reconstitue » la conversation dans le sens, naturellement, de son délire.

4° Les hallucinations

Elles se caractérisent, comme nous l'avons dit, *par la conviction intime de percevoir un objet absent.* Nous avons fait remarquer, à propos des pseudo-hallucinations psychiques, qu'elles apparaissaient avec une très grande fréquence dans le domaine auditif verbal. Ici, au contraire, la vraie hallucination auditive verbale est relativement rare. Généralement, il s'agit de « voix » (dont la présence exige tout un système explicatif d'appareils, de procédés plus ou moins mystérieux et pseudo-scientifiques). Ces voix sont assez peu objectives le plus souvent, et le plus souvent encore il faut faire une véritable recherche — souvent suggestive — pour savoir si les voix sont en dedans ou en dehors du sujet: c'est que c'est là un caractère (comme le faisait remarquer Lasègue et comme y insiste très heureusement Blondel), qui importe au psychiatre, mais qui généralement n'intéresse pas du tout le malade. Ce qui l'intéresse — ce n'est pas comment et pourquoi il a des voix ! — c'est d'écouter « ce qu'ils disent ». Il y a hallucination dans ce cas seulement lorsque le sujet est convaincu que quelqu'un lui parle, que tout le monde peut l'entendre comme lui-même l'entend.

Dans le domaine visuel (1), les vraies hallucinations sont la base même du rêve et de ce qu'on appelle l'onirisme.

Un malade entend ses persécuteurs l'injurier. Cela est parfaitement sûr. Tout le monde n'a qu'à écouter (2). Il leur répond. Il se bouche les oreilles pour ne pas les entendre. Un autre voit des lions, il en a peur.

S'agit-il d'une néoformation sensorielle par irritation mécanique du tractus auditif ou optique ? Nous avons vu qu'une telle irritation ne pouvait pas nous rendre compte entièrement du phénomène. Il faut, pour qu'il aboutisse à cette hallucination authentique, qu'il y ait quelque trouble dans l'ordre de la croyance ou de la conscience (délire, anxiété, état hyponoïde où la croyance devient asseritive).

Peut-il y avoir de telles hallucinations par croyance paroxystique délirante, par élan affectif, par trouble de la conscience ? L'exemple de la mélancolie anxieuse, à notre avis, est décisif dans ce sens. Certains mélancoliques entendent nettement, objectivement qu'on les menace de mort, qu'on va les tuer. Enfin, dans le rêve et les états oniriques, l'illusion que l'on entend vraiment est loin d'être rare, et la « vision » devient la réalité, la seule réalité.

Enfin, un dernier mécanisme peut être mis en évidence, ce sont des cas où chez des délirants il survient des phénomènes d'hallucinose. Les cas où les mêmes causes qui produisent l'hallucinose peuvent entraîner des troubles importants de la conscience, c'est-à-dire la condition optima des hallucinations.

Nous ne pouvons qu'ébaucher ici aussi les données du problème. C'est aux faits à répondre.

Nous pouvons, en tous cas, dire que le domaine des hallucinations est beaucoup plus restreint qu'on ne se le figure généralement.

Il s'agit, la plupart du temps, de fausses hallucinations, soit qu'il y ait effectivement un objet, ce sont alors des *illusions* — soit que les malades ne croient pas à la réalité objective de ce qu'ils éprouvent (*hallucinose et sensations anormales*).

Le véritable problème de l'hallucination est, avons-nous dit,

(1) Nous ne nous occupons ici que des deux sens essentiellement perceptifs. Ce que l'on appelle des hallucinations olfactives, gustatives, psychomotrices, etc., mériteraient une analyse spéciale.

(2) Sans doute, comme le dit Minkowski — comme l'a dit Quercy en dénonçant les exagérations de l'halluciné — il arrive souvent que le sujet reste assez indifférent au fait que les autres entendent ou n'entendent pas. Pour nous, il y a une différence entre les deux cas : celle qui sépare la pseudo-hallucination de l'hallucination.

de se demander à quelles conditions s'établit la croyance en un faux objet, la véritable perception sans objet. A ce propos, nous avons vu que l'esthésie sensorielle (postulée comme essentielle et suffisante dans les théories purement mécaniques de l'hallucination) n'est ni suffisante, ni même nécessaire pour que se produise l'objectivation fausse qu'est le phénomène hallucinatoire. *Elle est, elle-même, une conséquence, non une cause.*

Les conditions mêmes de cette croyance perceptive doivent être recherchées dans les paroxysmes affectifs de la croyance « intentionnelle » du sujet (délire) — ou dans les états psycholeptiques, hyponoïdes où la croyance devient « asseritive ». Il faut donc revenir — selon nous — à la tradition qui se représente d'une part l'hallucination, la vraie hallucination comme la forme extrême de la pensée (et peut-être mieux de la conduite) délirante (Falret, Magnan, Séglas), et à celle issue de Moreau de Tours qui la fonde sur un trouble important de la conscience.

*
**

Nous désirons, en terminant, montrer la solidarité des idées que nous venons d'exprimer avec notre précédent travail sur la notion d'automatisme (1). Nous avons, par l'analyse de la notion d'automatisme, essayé de montrer qu'il y avait dans son ambiguïté, matière à deux interprétations fondamentales en matière de psychiatrie. D'un côté, une théorie qui se représente cet automatisme sous *un aspect positif* comme proprement créateur et fortuit ; de l'autre, celle qui se le représente sous *un aspect négatif* comme le degré inférieur de la pensée et de la personnalité humaines.

A propos du problème des hallucinations, nous avons essayé de montrer que l'automatisme « créateur » ne saurait moudre de la pensée et des hallucinations authentiques, qu'il se borne, tout au plus, à provoquer dans la conscience du sujet des « corps étrangers » et non pas de vraies hallucinations, c'est-à-dire *des croyances dans la réalité d'objets qui n'existent pas.*

Pour nous, en effet, nous référant aux premières études faites sur l'hallucination (avant qu'en s'étendant démesurément elle perde sa signification), nous la considérons essentiellement comme cet acte par lequel quand nos croyances l'*exigent* ou que notre *esprit fléchit,* notre rêve se confond avec notre réalité.

(1) *Evolution Psychiatrique,* 2e série, tome III (1932).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 9 Juin 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur Georges DUMAS qui, retenu à la Sorbonne, regrette de ne pouvoir assister à la séance.

PRÉSENTATIONS

Délire localisé de persécution avec bienveillance générale, par M. Paul COURBON et Mme FRANCÈS.

L'intérêt du cas que nous présentons réside dans la coexistence paradoxale d'un délire de persécution localisé sur un seul persécuteur et d'une bienveillance générale pour tout le reste de l'entourage.

Mlle D..., âgée de 62 ans, femme de ménage, a été internée à la suite d'une plainte adressée au Procureur, plainte dans laquelle elle accusait sa concierge de l'avoir empoisonnée.

C'est une vieille femme encore robuste, aux cheveux à peine gri-

sonnants. Son visage ridé, très brun, est éclairé par des yeux brillants ; son large sourire, son expression heureuse, presque béate, disent sa satisfaction d'elle-même et des autres. Fille de paysans besogneux de la Corrèze, elle n'a guère fréquenté l'école ; elle a été « louée » à des paysans à 14 ans et, depuis, a toujours travaillé comme domestique. Elle n'est venue à Paris qu'à l'âge de 46 ans ; elle avait sa vieille mère à sa charge et voulait augmenter ses ressources. Depuis plusieurs années, elle travaille comme femme de ménage chez des patrons qui l'estiment beaucoup et sont très satisfaits de ses services.

Elle-même est très attachée à ses maîtres. Elle aime faire étalage des petites attentions qu'ils ont pour elle : « le chocolat du matin, le café à 4 heures », des marques de confiance qu'ils lui donnent : « Ils laissent les clés au buffet, ils l'adorent, la gâtent, elle est comme de la famille. » Le soir, elle regagne le petit logement qu'elle s'est meublé, fréquentant le ménage des concierges.

Cette vie « gaie, heureuse, sans souci », elle la mena, en réalité, jusqu'au mois d'octobre dernier. A ce moment, nous a appris l'enquête, elle cessa de fréquenter la concierge et se mit à exprimer des idées de persécution à son égard. A ses patrons, elle déclara vers la même époque, qu'en réfléchissant sur son passé, elle se rendait compte que, depuis des années, la concierge lui en voulait et qu'une « cartomancière » le lui avait prédit. Elle était allée jadis chez cette tireuse de cartes pour faire plaisir à une amie et cette femme lui avait annoncé qu'elle voyait dans les cartes une ennemie et du poison.

Or, en effet, le mari de la concierge était mort peu après en vomissant comme s'il était empoisonné. Cependant, sans méfiance, elle avait recueilli sa veuve, lui avait donné asile dans son lit jusqu'à l'enterrement, lui avait prêté des vêtements noirs et de l'argent. Cette vieille concierge était pourtant hargneuse, méchante, toujours brouillée et toujours en procès avec les locataires. Néanmoins, des relations s'étaient nouées entre elles. La vieille racontait ses aventures de jeunesse, la violence meurtrière de ses oncles en colère et menait une vie de pique-assiette. Après des mois et des années d'intimité, la brouille était survenue et la concierge avait menacé son ex-confidente de mort si elle répétait à autrui ce qu'elle lui avait raconté.

Peu après, la malade se sentant mal à l'aise et ayant des coliques, s'était rappelé les menaces de son ennemie. Elle se souvenait d'avoir éprouvé des phénomènes analogues jadis après avoir bu du café préparé par sa fausse amie. Elle ne douta donc plus de la réalité de la prophétie de la « cartomancière » et porta plainte contre elle. Cette plainte n'ayant pas eu de suite, elle en conclut que le commissaire était complice de la criminelle. Elle s'adressa au procureur, se plaignit à ses amis et connaissances, puis se mit à injurier, menacer et même frapper la concierge quand elle la rencontrait. C'est pour cela qu'on l'arrêta.

Tel est le récit qu'elle fait avec émotion le 13 mai à son entrée dans le service. Par ailleurs, son orientation, sa mémoire, son jugement,

son activité, comme le prouvent les attestations de ses patrons qui l'employèrent jusqu'au matin de l'arrestation et qui ne cessent de lui écrire des lettres pleines d'affection, semblent normaux. Elle gagne bien sa vie, une trentaine ou une quarantaine de francs par jour ; elle a su se faire quelques petites économies. Dans le service, elle est complaisante, exubérante, liante, prête à rendre service à tout le monde. Au point de vue affectif, sans doute, nous parle-t-elle de ses ennuis en pleurant ; elle s'anime, s'irrite, traitant sa concierge de misérable, de folle, de criminelle. Mais, nous sommes surpris, sitôt qu'on la distrait de ces préoccupations, de la voir devenir joyeuse, expansive, optimiste et bienveillante. Elle étale sa satisfaction d'elle-même ; elle est travailleuse, vertueuse ; elle n'a jamais été en ménage, n'a jamais fait la noce. Ses maîtres savent bien l'aprécier ; « elle est comme de la maison. C'est pire que son père et sa mère. » Un peu plus tard, avouant qu'elle a eu un ami dans sa jeunesse « mais si poli, si comme il faut, je ne le voyais que le dimanche; je n'ai jamais découché et j'étais si sérieuse ». Elle a de son corps la même opinion avantageuse.

« Quand je suis venue à Paris (46 ans) j'étais belle comme une petite poupée de cire. J'en trouvais des amoureux, mais j'étais sérieuse.... » Et, quand elle se déshabille pour l'examen : « Regardez ma jolie petite peau rose. »

Au point de vue physique. nous retenons une légère paresse pupillaire, des réflexes rotuliens un peu vifs, un léger tremblement fibrillaire de la langue, un goître.

Cette euphorie, jointe à la paresse des pupilles et à la vivacité des réflexes, nous incitèrent à pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang. Dans les deux cas, le Bordet-Wassermann s'est trouvé positif. La ponction a été suivie pendant longtemps de vomissements et de diplopie par paralysie de l'oculo-moteur externe droit.

En résumé, il s'agit d'un délire de persécution, à base d'interprétation, localisé sur une seule personne, accompagné d'optimisme, de bienveillance, de satisfaction de soi.

Nous aurons donc à étudier chez cette malade : d'une part, le délire, de l'autre le fond mental.

a) Le délire. C'est la conviction qu'elle a d'avoir été empoisonnée par sa concierge. Pour nous convaincre, elle nous apporte des faits précis (malaises et vomissements après le café...), elle démontre la vraisemblance de ses soupçons contre la concierge (elle appartenait à une famille d'assassins ; elle rendait son mari malheureux ; elle a un passé douteux. Tous les locataires la détestent). Elle s'émeut, s'emballe pendant son récit, elle a réagi, porté plainte, demande justice. Tout cela se tient, est cohérent, logique, a une concordance affective. Il semble donc qu'il ne s'agisse pas d'un délire démentiel.

Mais ce qui est anormal, c'est l'absence chez cette malade des éléments de la constitution paranoïaque ; sa cohabitation prolongée avec la concierge, l'amitié que ses patrons ont pour elle et l'attachement qu'elle a pour eux, enfin la sociabilité dont elle fait preuve à l'asile, témoignent de son manque de méfiance.

Du mélange de ces caractères classiques et anormaux du délire, nous pouvons déduire qu'il ne s'agit ni d'un délire hallucinatoire, ni d'un délire d'imagination ; l'absence de mentalité paranoïaque nous fait rejeter le délire d'interprétation. Il s'agirait donc plutôt d'un délire d'explication ; le mot explication étant réservé, suivant la conception de l'un de nous (1) aux délires qui résultent d'une simple erreur dans l'application du principe de causalité, et le mot interprétation étant réservé aux délires qui sont une justification de l'égocentrisme affectif du sujet.

b) Quant au fond mental, l'examen nous a appris que cette malade avait une bonne mémoire, un jugement et un raisonnement assez bons ; elle se rend compte de sa situation, proteste de son intégrité mentale, mais son langage fruste, ses exclamations excessives, ses locutions désuètes, la foi qu'elle accorde aux prédictions de la voyante, et surtout cette vanité euphorique qui s'étale, cette bienveillance expansive, comment pourrons-nous les expliquer ?

Le nœud du problème réside dans l'explication du fait que ce délire d'interprétation, au lieu d'englober plusieurs personnes de l'entourage, reste strictement localisé à la seule concierge.

1° Est-ce la conséquence de la discipline instinctivement ancrée dans certaines mentalités frustes qui leur imposent le respect intangible des individus d'un rang social supérieur au leur ? En effet, il n'est pas rare, ou plutôt il n'était pas rare jadis, de trouver des servantes passionnément dévouées à leurs maîtres et odieusement méchantes pour leurs égaux. La localisation du délire de persécution sur un persécuteur pris dans la classe sociale inférieure et la non extension de ce délire sur les personnes de l'entourage appartenant à une classe sociale supérieure, s'expliqueraient ainsi. En faveur de cette hypothèse, plaideraient l'allure, la mimique, le langage paysan de notre malade, qui rappelle les vieux domestiques décrits par Flaubert.

Mais cela n'explique pas l'euphorie habituelle de son humeur, ni la bienveillance qu'elle a ici pour ses compagnes d'asiles, pour les infirmières, pour les humbles.

(1) Courbon et Rondepierre. — Délire d'explication. *Société clinique de Médecine Mentale,* juin 1928.

2° Le manque d'extension du délire s'explique-t-il par la débilité mentale ? En faveur de cette hypothèse, on pourrait retenir le rôle important qu'aurait joué la suggestion de la « cartomancière », car la malade, en se plaignant, ne cesse de répéter que les cartes avaient tout prédit. Mais ce n'est que des années après cette consultation que le délire est apparu. D'après l'enquête, qui contredit l'affirmation de la malade, la rupture des relations avec la concierge et les actes d'inimitié ne datent que d'octobre dernier. Assurément, cette femme est peu intelligente, mais elle a su se débrouiller jusqu'ici. Surtout elle n'a pas la vanité hautaine, méprisante, supérieure, des débiles.

3° Il faut donc chercher ailleurs, en insistant sur les caractères de bienveillance, d'optimisme, d'approbativité et d'euphorie qui sont les caractères essentiels de son état mental. S'il y avait le moindre fléchissement de la mémoire, on n'hésiterait pas à affirmer la paralysie générale. Il y a d'autant plus lieu de la redouter que la syphilis est certaine comme le prouve le Bordet-Wassermann positif du sang et du liquide céphalo-rachidien et qu'on note certains signes d'alarme comme le frémissement des lèvres et de la langue.

Pour conclure, nous croyons avoir affaire à un délire paranoïaque de persécution dont la systématisation, localisée à un seul persécuteur, jointe à l'existence de dispositions bienveillantes pour le reste de l'entourage, est sinon un signe avant-coureur de paralysie générale, du moins un signe d'alarme de psychose organique spécifique.

M. H. Claude. — Actuellement, il ne semble pas s'agir de paralysie générale dans le syndrome psychologique. Et l'intolérance dont a fait preuve la malade vis-à-vis de la ponction lombaire qui a déterminé chez elle une paralysie de la VI[e] paire n'est pas non plus en faveur de la paralysie générale, car les paralytiques généraux ne sont habituellement pas incommodés par la rachicenthèse. Mais il s'agit sûrement d'une psychose syphilitique. Je crois qu'il y aurait lieu d'instituer dès maintenant un traitement antisyphilitique et de pratiquer périodiquement des ponctions lombaires afin de recourir à la malariathérapie dès les premiers signes d'une aggravation.

M. Courbon. — C'est la conduite que nous suivrons.

Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme préfrontal, par MM. H. Claude, L. Le Guillant et P. Masquin.

Le malade qui fait l'objet de cette présentation est un homme de 40 ans, mécanicien de tractrice électrique sur le réseau du Nord. Le 17 janvier 1932, il est frappé au front, étant penché hors de sa machine, par la portière ouverte d'un train venant en sens inverse. Le trauma est suivi d'une perte de connaissance immédiate et complète. Après vingt minutes, il retrouve une lucidité à peu près entière. Il est hospitalisé à Lariboisière. On y constate un enfoncement de la région sus-orbitaire droite pour lequel une trépanation d'urgence est pratiquée. Ensuite le malade aurait présenté un état d'agitation puis de stupeur confusionnelle légèrement régressive durant 15 jours, puis à peu près fixé jusqu'à la date de son entrée dans le service.

Le certificat de placement du 12 mars 1932 porte : « M. B. présente, à la suite d'un accident de chemin de fer, ayant provoqué une fracture du frontal et nécessité la trépanation, un état confusionnel fait d'aphasie, d'indifférence affective avec euphorie niaise, tendances facétieuses pauvres, affaiblissement portant sur la mémoire de fixation et d'évocation. Troubles aphasiques spéciaux avec jargonaphasie, néologismes, sans alexie ni agraphie. Cet état exposant le malade à tous les dangers résultant de son affaiblissement et de sa désorientation, il doit être interné dans un établissement spécial. »

B. est un homme vigoureux, sans antécédent pathologique, sobre, père de 4 enfants bien portants.

A son entrée dans le service, il présente un état de confusion prononcée. « Il est à Villacoublay, le 4 mars 1923 ou 1932, il a 34 ans... si ce n'est plus. » L'amnésie, profonde et étendue, porte particulièrement, sur les faits récents. Il peut fournir exactement la date du début et de la fin de la guerre, un peu moins précisément les prénoms et les âges de ses enfants, très convenablement des réponses aux opérations arithmétiques simples et automatiques.

Il n'est pas aphasique si l'on doit distinguer sous ce nom, dans la masse du déficit, des troubles portant électivement sur le langage. Il lit et écrit correctement, nomme assez exactement la plupart des objets. Cependant, souvent il use d'un mot inadéquat, mais d'une même série : « porte-plume » pour « encrier », « plume » pour « crayon ». Il rectifie presque toujours spontanément ou après insistance, parfois avec effort.

Ou bien il énonce un terme de consonance voisine. Ex. : On lui montre une orange, il dit « alliance ». Cela se mange ? « non ». Est-ce une alliance ? « non une orange ». C'est lorsqu'il veut atteindre à des opérations intellectuelles plus difficiles, à des récits ou des explications complexes, utiliser des termes abstrait ou peu familiers qu'éclate un déficit entraînant une pseudo jargonaphasie qui peut en imposer, de prime abord, à certains instants surtout (émotion, fatigue), pour des phénomènes aphasiques.

Voici quelques extraits d'un interrogatoire quelques jours avant son internement (début de mars).

« J'ai des pointes de fer à cheval, des pointes d'eau, comme on dit, « des pointes du bouchon du fer à cheval. C'est le quincailler, le sous- « officier qui les faisait. »

« Il y a 25 ans que je suis dans la cavalerie, la cavalerie dans les « chemins. »

D. — Je croyais que vous étiez mécanicien ?

R. — Mécanicien ou cavalier, c'est la même chose.

D. — Que fait le mécanicien ?

R. — Il s'occupe d'accrocher et de décrocher les ramures.

D. — Qu'est-ce que des ramures ?

R. — Des wagons désaccouplés d'après la longueur des chevaux.

D. — Pourquoi êtes-vous à l'hôpital ?

R. — Je suis malade pour les rainures et les graissures, les épingles de cavalerie. C'en est plein dans les miroirs d'épingles de cavalerie. Des épingles clofintrées, pleines de trous, des épingles qui marchent à l'eau, à l'école, à l'alcool, sitôt que les épingles étaient forcées à l'éclairage on ne les sentait pas.

Il ignore et réalise très difficilement l'existence de son importante cicatrice préfrontale. « C'est des coups d'herse que j'ai eu, des éraflures de portes de basse-cour, de porte à cheval, de portes de fer qui se trouvent sur les routes. »

Il « voudrait être à l'escadron de Reims, on dégrafait les chevaux et on les mettait à part dans les écoles. »

Déjà, à cette époque, mais surtout ultérieurement, la déficience rétrocédant un peu, à travers les impropriétés, les déformations, les substitutions de mots, la confusion des souvenirs et des concepts, un vague sens se dessine à la longue au milieu de l'incohérence de ses discours. Deux ou trois thèmes essentiels, ou mieux 2 ou 3 groupes prédominants de souvenirs et de notions se présentent à peu près exclusivement à sa mémoire. Au premier plan, le temps de son service militaire et de sa mobilisation (particulièrement celui de son affectation au deuxième escadron de cavalerie, à Senlis), puis son métier et des réminiscences campagnardes. Ils s'entremêlent, se chevauchent, empruntent l'un à l'autre, s'intriquent parfois si étroitement qu'un mot les associe en un néologisme, de structure et de formation souvent assez aisément découvertes.

Au cours des examens ultérieurs, on saisit d'une manière très sensible le mécanisme de cette incohérence pseudo-jargonaphasique à partir de l'extrême déficit mnésique par utilisation confuse des quelques îlots de souvenirs persistants.

Voici des extraits d'un interrogatoire du 16 mars :

D. — Alors, Monsieur, que vous est-il arrivé depuis que je ne vous ai vu ?

R. — Rien, Monsieur, il ne m'est rien arrivé.

D. — Pourquoi êtes-vous ici ?

R. — Parce que je suis venu ici pour examen.

D. — Pour examen à propos de quoi ?

R. — De la cavalerie.

D. — De quoi s'occupe-t-on dans la cavalerie ?

R. — Des chevaux qui sont dans le drainage.

D. — De quoi vous occupez-vous ? Quel est votre métier ?

R. — Chauffeur.

D. — Qu'est-ce que le métier de chauffeur a à faire avec les chevaux ?

R. — Eh ! bien, c'est pour soigner les chevaux dans la cavalerie à pied.

D. — Mais j'ai entendu dire que vous étiez mécanicien ?

R. — Je ne suis pas mécanicien.

D. — C'est vous-même qui me l'avez dit.

R. — Moi ? J'ai dit ça ? j'ai jamais été mécanicien.

D. — Où habitez-vous ?

R. — A Creil.

D. — Et dans quelle maison travailliez-vous ?

R. — Dans les Spahis.

D. — Les Spahis ? Ce n'est pas une maison ?

R. — C'est une maison régimentaire.

D. — Il y a longtemps ?

R. — Depuis le mois de mai.

D. — Et avant ?

R. — Avant j'étais à Creil.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 43 ans.

D. — Y a-t-il longtemps que vous êtes dans la cavalerie ?

R. — Depuis 1908.

D. — On m'a dit que vous aviez un accident de chemin de fer ?

R. — (Silence).

D. — Il ne vous est rien arrivé à la tête ?

R. — J'ai eu des écorchures, j'en ai eu 7 ou 8.

D. — Mais vous avez un trou à la tête. D'où vient-il ?

R. — Des écorchures, mais si, c'était aussi long que ça, avec 7 ou 8 comme ça.

D. — N'avez-vous pas été à l'hôpital ?

R. — J'ai été à l'hôpital à Senlis, c'est pas ça si vous voulez, mais c'est pareil.

D. — Vous avez été à l'hôpital Lariboisière aussi ?

R. — Non, j'ai été tout le temps à l'escadron divisionnaire de Villacoublay, où il y a la cavalerie à pied d'ici.

D. — Moi, on m'a dit que vous aviez, le 17 janvier dernier, eu un accident de chemin de fer et qu'en conduisant un train comme mécanicien, vous aviez été heurté par une portière qui vous vous avait enfoncé le front ?

R. — Tiens, c'étaient des wagons qui étaient l'un derrière l'autre,

4, 5, 6, l'un derrière l'autre, des wagons qui n'avaient pas de roues par le magasinage du fourrage.

D. — Vous avez de la famille ?

R. — Oui, mon lieutenant.

D. — Qui est-ce ?

R. — Uu garçon qui a 8 ans, l'autre il a 14 ans, l'autre il a 12 ans, une fille qui a 8 ans, ça fait quatre.

D. — Les avez-vous vus dernièrement ?

R. — Oui, mon lieutenant, le dernier, je l'ai vu lundi, ils sont restés 4 heures avec moi, à Paris.

D. — Et où êtes-vous ici ?

R. — C'est un dépôt de cavalerie d'Herblay.

D. — Et que faites-vous ?

R. — Je fais l'esclavage, l'escadron des escadrons de Paris.

D. — En quoi consiste « faire l'esclavage » ?

R. — A soigner les chevaux qui sont dressés, qui ne fonctionnent plus, on les laisse en plaine ou à la plaine St-Denis.

D. — Il y a des chevaux ici ?

R. — Les chevaux du régiment.

D. — Vous en avez vu ce matin ?

R. — Non, pas ce matin, je ne suis pas sorti.

D. — Et hier ?

R. — Hier non plus, je ne suis pas sorti.

D. — Mais alors que faites-vous ? Vous ne sortez jamais ?

R. — Je fais des escadrons, le nettoyage des chevaux, faut bien que je fasse quelque chose, tout de même. Je les soigne, un coup de brosse aux chevaux qui sont là...

D. — Savez-vous en quel mois nous sommes ?

R. — Mars (exact).

D. — Quel jour ?

R. — 1932 toujours. Ça doit être le 3 mars aujourd'hui (16 mars).

D. — Est-ce que vous m'avez déjà vu ?

R. — Je ne me rappelle pas.

D. — Et lui ? (désignant le surveillant).

R. — Ah ! lui, je l'ai vu ici.

D. — Qui est-ce ? Qu'est-ce qu'il fait ?

R. — Il est maréchal.

D. — Et vous êtes quoi ?

R. — Moi, je suis chauffeur.

D. — Et vous vous occupez des chevaux ?

R. — Oui.

Il s'y reflète nettement un syndrome mental très analogue au Korsakoff. L'amnésie prédomine évidemment pour les faits récents. La fixation est presque nulle, l'effacement des souvenirs quasi-instantané. La désorientation est sur bien des points complète. La fabulation existe spontanée ou provoquée, assez pauvre et sur des thèmes relativement fixes. Elle s'incorpore pendant quelques heures des événe-

ments vivement ressentis (une ponction lombaire par exemple). « Le « lieutenant, l'officier, n'ont fait que m'embêter ce matin vers 10 h. Ils « m'ont fait 90 piqûres, l'officier et le lieutenant. » Par ailleurs, l'indifférence euphorique habituelle, la bonne tenue, le comportement subnormal avec adaptation suffisante au milieu, l'absence complète d'effort mental et de perplexité, les discours, farcis d'erreurs ou d'absurdités, voire incohérents, mais toujours aisés et abondants serrent, même dans le détail, la ressemblance avec le syndrome de Korsakoff.

Au point de vue neurologique, seule une légère vivacité des réflexes tendineux à droite a pu être relevée. Il n'existe aucun trouble de la marche, de l'équilibration, pas de déficit praxique particulier. Une ponction lombaire faite à l'entrée montrait la présence d'un gramme d'albumine, de 12,4 lymphocytes par mm^3, un Pandy +. Le 6 mai, l'albuminose n'était plus que de 0,30 cgrs., la lymphocytose de 5 éléments par mm^3.

Bien qu'un pareil syndrome, consécutivement à un trauma, ait été déjà plusieurs fois signalé, les faits semblables nous ont paru assez rares pour légitimer la présentation de ce malade.

Deux autres point lui confèrent un intérêt particulier.

1) Nous avons souligné déjà la prépondérance de certains blocs de souvenirs, groupés en des thèmes assez évidents et fixes dans la fabulation. Leur évolution au cours de la lente rétrogradation de l'élément confusionnel est assez remarquable. Ils persistèrent tandis que s'atténuait la confusion, que réapparaissait la nécessité pour l'esprit du malade d'un certain ordre, d'un groupement logique, d'une vraisemblance relative des faits. Ils s'organisèrent ainsi, une systématisation imparfaite les rassemblant jusqu'à réaliser le groupement des souvenirs restant en un système sans absurdité grossière, à peu près invariable, limité, résistant aux contradictions et aux tentatives de déformation. B... expose maintenant (1er juin) avec une conviction obstinée, un récit de son accident imaginaire, stéréotypé, mais somme toute suffisant pour un interlocuteur qui en ignorerait les circonstances véritables. Cette version tend, non à s'effacer ou se concilier avec celle qui lui a été si souvent rapportée par ses visiteurs ou nous-même, mais seulement à se perfectionner dans le détail, à se rapprocher de la vraisemblance. Il a reçu « un coup de herse dans la tête. La herse était traînée par les chevaux. L'ordonnance qui était à côté du cheval m'a dit de descendre de la voiture et de dételer la herse. J'en ai défait un trait. Le cheval est reparti brusquement et la herse s'est renversée sur moi... C'était l'ordonnance qui était avec l'officier qui conduisait la herse à Paris ».

Il est aisé de se rendre compte des étapes par lesquelles les motifs principaux des fabulations incohérentes du début ont abouti à cet exposé délirant, aujourd'hui à peu près fixé. Par ailleurs, la fabulation, dans la mesure où elle n'est pas limitée par la récupération mnésique, demeure influençable et momentanée, avec cependant quelques dominantes.

Nous rappellerons à propos de l'évolution ultérieure possible de ce cas, celui déjà observé par nous et rapporté dans la thèse de Masquin (Observation XVII). Cette malade, internée pour confusion post-traumatique, n'a jamais retrouvé, ni un souvenir exact, antérieur à l'accident, ni un membre de sa famille. Au fur et à mesure que la confusion rétrocédait, elle remplaca le stock de ses souvenirs détruits par un système délirant mégalomaniaque progressivement plus fixe et plus précis. (Elle était aussi devenue insensiblement une « Demoiselle d'Eu » patronyme obtenu par la répétition et la fixation des hésitations de la période où elle s'efforçait vainement de retrouver son nom oublié ; Mlle de..... ou De.....). La reconstruction d'abord incertaine, partielle, momentanée, d'un état civil imaginaire, selon des directives affectives vaniteuses, réalisant peu à peu, sous nos yeux, un délire de filiation qui persiste encore, très étendu aujourd'hui.

2) Enfin nous voudrions relever l'absence complète dans cette lésion préfrontale des troubles considérés par certains auteurs comme caractéristiques de la symptomatologie préfrontale. Ce qui est remarquable au contraire, c'est l'absence de désordre important de la conduite, une adaptation suffisante, une affectivité assez vive et normale, la conservation d'une « personnalité » intacte dans la mesure où les troubles considérables de la mémoire — si banaux — ne peuvent apporter une explication très satisfaisante de ses altérations.

M. H. Claude. — Certains éléments du syndrome traumatique de ce malade ont été classiques : période de confusion et amnésie. Ce qui ne l'est pas, c'est cette jargonaphasie qui rappelle celle des malades étiquetés schizophasiques. Peut-être peut-on interpréter ce trouble comme l'effet d'une lésion produite à distance par le traumatisme sur la zone du langage, ou comme un effet de la diaschisis de von Monakov.

M. Courbon. — Ce malade, après son traumatisme, a eu une période de coma, puis une période d'excitation intellectuelle, comme ce fut le cas d'une traumatisée que j'ai présentée à la

Société en mai 1931. On pourrait voir chez ces deux malades un exemple de l'asthénomanie post-traumatique de Tastevin. Si la manie ne s'exprime ici que par des mots souvent dépourvus de sens, c'est peut-être que la lésion de la zone du langage, à laquelle M. Claude fait allusion, empêche une extériorisation verbale correcte de l'exaltation idéoaffective.

M. MARCHAND. — L'amnésie, symptôme classique des psychoses traumatiques, peut tout expliquer. Le malade ne se rappelle plus les mots à employer lorsqu'il veut parler.

Délire de jalousie chez un parkinsonien postencéphalitique, par MM. R. DUPOUY, A. COURTOIS et J. BOREL.

A côté des états délirants hallucinatoires observés depuis quelques années au cours de l'encéphalite épidémique chronique, il nous a paru intéressant de rapporter ce cas de délire d'interprétation à thème de jalousie.

M. Laur..., Ernest, âgé de 48 ans, horticulteur en banlieue, est conduit par sa femme à l'Hôpital Henri-Rousselle. Il présente un délire systématisé de jalousie, en évolution depuis 4 mois.

En décembre 1931, il reçoit, affirme-t-il, une lettre anonyme, qui lui disait : « Grand nigaud, surveillez votre femme, etc. » Mais depuis quelque temps déjà, il avait des doutes sur la fidélité de sa femme. Marié depuis 24 ans, il avait jusqu'à cette époque vécu avec sa femme en parfaite intimité et en toute confiance. La lettre, qu'il brûle sans la montrer à personne, détermine un état de rumination passionnelle intense. Il ne pense plus qu'à cela. Dès lors commence une interminable série d'interprétations.

Il avait l'habitude de se coucher le premier, sa femme allant attacher les chiens pour la nuit dans un hangar. Pendant ce temps, il s'endormait. Il suppose maintenant que sa femme en profite pour ne rentrer qu'à une heure tardive. Un soir, il fait semblant de se coucher et va à sa recherche. Il la trouve au hangar, un des commis de la maison à côté d'elle. A sa vue, leur attitude est gênée ; ils ont l'air de se relever. D'ailleurs, ils étaient près d'un banc, et dans le fonds du magasin où ils n'avaient rien à faire. (Noter que le commis avait sa chambre dans une dépendance dudit hangar). Laur... entre dans une colère violente. Il congédie sur le champ son employé.

Dès ce moment, dit-il, c'est la lutte incessante. Après le commis, il s'aperçoit que sa femme entretient des relations avec un homme du pays. Cet homme est venu à plusieurs reprises, sous le prétexte d'acheter des fleurs. Mis en éveil, il voit sa femme échanger avec lui des signaux par les yeux et la main. L'homme, dès lors, passe plusieurs

fois par jour devant sa demeure, et sa femme se met à la fenêtre, où elle reste longtemps. Sa femme, qui va sur les marchés vendre les fleurs, rentre tard. C'est qu'elle a des rendez-vous avec l'autre. Il remarque bientôt que l'attitude de son gendre a quelque chose de bizarre ; son gendre est devenu l'amant de sa femme.

D'autre part, il éprouve des malaises divers, troubles digestifs, tendance au sommeil. Son café lui semble avoir une fadeur anormale. Le soir, on lui donne des gouttes d'un médicament pour le faire dormir ; il doit y avoir autre chose dans ces gouttes. Sa femme a mis dans sa soupe des petits bouts d'éponge qui se gonflent dans l'estomac pour l'étouffer. Un jour, il voit sur le tas de fumier des feuilles de nénuphar flétries, comme des feuilles qu'on a fait bouillir. Il comprend que sa femme lui fait absorber de l'infusion de nénuphar. Il pense d'abord que c'est pour le faire mourir, mais il veut élucider le fait, se renseigne auprès d'un pharmacien. Le nénuphar n'est pas dangereux, il congestionne simplement les reins, d'où résulte un trouble au cerveau. D'ailleurs, sa belle-mère a dit un jour : « On lui donnera, comme aux curés, de l'infusion de nénuphar, pour calmer ses sens. » Ainsi s'expliquent ses malaises. Sa femme l'endort pour être libre, et, en même temps, pour lui soutirer ses forces viriles, et peut-être même le rendre fou. Son gendre est complice, parce qu'il désire avoir plutôt la succession.

Des interprétations rétrospectives complètent le délire. Laur... comprend maintenant que la chose dure depuis 3 ans. Il avait des malaises, des douleurs passagères, des fatigues. C'était l'infusion de nénuphar. Sa femme le trompait. Mais il ne se doutait absolument de rien.

Ainsi les interprétations sont cristallisées autour du thème de jalousie, qui reste pur. Hors de chez lui, le malade n'a rien remarqué. Dans le pays, on ignore tout. Telles sont les principales idées délirantes, assez faiblement systématisées. Laur... est abolument sûr de ce qu'il a vu (signaux entre sa femme et ses amants) ; pour le reste (les buts de sa femme, de son gendre, la complicité de sa belle-mère), ce sont, dit-il, des suppositions.

Le comportement du malade est en accord avec les idées de jalousie et sa femme a subi l'habituel « martyre de la foi conjugale » : Surveillance incessante, tyrannie de tous les instants ; il l'empêche de s'absenter, elle ne peut plus aller au marché vendre ses fleurs. Les scènes continuelles, les reproches de plus en plus violents, arrivent progressivement aux menaces, puis aux voies de fait. Il promet à sa femme de lui mettre « les tripes au soleil », à elle et à ses amants. Il va acheter, au Bazar de l'Hôtel-de-Ville, un revolver avec une boîte de balles. Cependant, l'excitation tombée, il laisse le revolver dans le paquet. Mais dans une crise coléreuse, il frappe sa femme à la tête ; une autre fois, manque de l'étrangler.

Dans le service, le malade s'est montré à l'entrée inquiet, vivement protestataire. Rapidement rassuré, il devient calme, amène et même facilement jovial. Selon l'habitude des jaloux, qui ne sont pas réticents, il expose volontiers son délire.

Il ne peut comprendre le changement de conduite de sa femme. Quoiqu'ayant beaucoup souffert de ses tromperies, il l'aime encore beaucoup et est prêt, assure-t-il, à tout pardonner pour retourner auprès d'elle. Marié depuis 24 ans, il n'avait, jusqu'à ces derniers temps, jamais eu l'occasion d'un reproche envers elle, l'avait toujours trouvée aimante et dévouée. Son caractère a changé, dit-il, depuis la guerre. Autrefois il était calme, facile à vivre, bon garçon, ni méfiant ni susceptible. A peine manifestait-il quelques tendances à l'emportement. Les renseignements fournis par sa femme confirment les dires du malade. L'examen actuel ni la conduite passée ne révèlent un tempérament paranoïaque. D'autre part, sous la bradypsychie apparente, due à l'encéphalite chronique, l'intelligence paraît intacte.

Au point de vue physique, le malade présente un syndrome parkinsonien, avec raideur et tremblement, surtout à gauche. Les pupilles ont un réflexe lumineux très diminué d'amplitude. Légère insuffisance de convergence.

Il faut noter, en outre, depuis 4 mois, parallèlement au délire, un état d'excitation sexuelle permanente. Le malade exigeait 3 à 4 rapports chaque jour.

Dans le sang, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatifs. Urée à 0 gr. 26 0/00.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,35 ; globulines : 0 ; leuco: 0,4. Benjoin : 00000.22222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Les antécédents personnels sont chargés :

Convulsions de la première enfance, répétées à toute occasion (fièvre, éruptions dentaires, etc.).

Somnambulisme et somniloquie pendant l'enfance, qui se sont prolongés longtemps dans l'âge adulte. Il se levait la nuit, se livrait à divers actes ; à 20 ans, partageant la même chambre avec un camarade, il parlait la nuit, et le camarade lui disait qu'il pouvait se mettre en conversation avec lui, lui poser des questions et le faire répondre. Ces phénomènes se prolongèrent plusieurs années après son mariage.

En décembre 1914, typhoïde contractée au front.

En 1920, à Senlis, maladie infectieuse fébrile, appelée grippe, avec somnolence diurne prolongée ; pas de diplopie. En 1928, apparition du syndrome parkinsonien.

On ne note ni crises épileptiques, ni symptômes d'imprégnation alcoolique.

Rien de connu dans les antécédents héréditaires.

*
**

L'étiologie encéphalitique de ce délire de jalousie ne nous paraît pas faire de doute. En 1920, le malade est atteint d'une maladie fébrile avec somnolence ; quelques années après apparaît le syndrome parkinsonien, en même temps que des modifi-

cations de l'affectivité, qui aboutissent à l'éclosion du délire de jalousie.

A notre connaissance, il n'en a pas été publié de cas. Et d'après leurs rapports si documentés, MM. Truelle et Petit, au Congrès de Quimper en 1922, et M. Fribourg-Blanc à la Société de Médecine légale en 1929, ne semblent pas en avoir rencontré.

Sa genèse encéphalitique le fait rapprocher des autres manifestations mentales de l'encéphalite chronique. Les plus fréquentes sont les perversions, analogues aux perversions instinctives. Si l'on considère que la jalousie est une perversion de l'instinct amoureux, on peut assimiler ce délire de jalousie à une perversion post-encéphalitique.

Une question doctrinale a été posée au sujet de ces perversions. L'encéphalite épidémique détermine-t-elle à proprement parler une perversion des instincts, ou bien agit-elle seulement en mettant à découvert, à l'occasion du déficit créé par l'atteinte nerveuse, les perversions instinctives latentes ? Dans ce cas, l'affection neurologique viendrait supprimer le frein moral et volontaire qui inhibait les tendances perverses, de la même façon que la suppression du frein moteur entraînerait la rigidité extra-pyramidale. Pour assurer cette manière de voir, on a mis en valeur les antécédents dégénératifs. Ceux-ci se retrouvent chez notre malade, sous deux formes importantes : les convulsions, qui pendant la première enfance accompagnaient la moindre manifestation pathologique, et le somnambulisme, qui a persisté jusqu'à la trentaine.

Ceci nous amène au point le plus important de notre discussion : le substratum du délire. Ce délire est à peu près comparable au délire de jalousie du persécuté-persécuteur, rapproché par M. de Clérambault de l'érotomanie et de la quérulance dans le groupe des psychoses à base passionnelle. Il est systématisé ; on y trouve cet élément incestueux habituel, dû au fait que le malade intègre dans le délire toute personne de l'autre sexe qu'il voit auprès de l'objet conjugal. Il en diffère cependant en partie ; il n'est pas tout à fait pur. On y trouve une ébauche d'idées de persécution et d'empoisonnement. D'autre part, les interprétations englobent une période rétrospective, chose qui ne se rencontre ordinairement pas chez le passionnel.

Le délire systématisé de jalousie semble bien n'apparaître que sur un fond paranoïaque « le délire d'infidélité conjugale, dit Kraft-Ebing, est régulièrement (chez la femme) un élément de la paranoïa persecutoria ». Le paranoïaque peut être jaloux sans délire, de par son caractère méfiant et soupçonneux.

A ce délire, éclos sur le terrain paranoïaque, on oppose les idées de jalousie, qui surviennent chez les alcooliques, « les cas de délire d'infidélité conjugale, dit Kraft-Ebing, appartiennent, pour l'homme, presque exclusivement à l'alcoolisme chronique ». D'après l'un de nous, chez l'alcoolique, comme chez le présénile, on trouve le même substratum paranoïaque au délire de jalousie. L'alcoolique et le présénile jaloux se conduisent comme des interprétants ; dans leur passé, on a la preuve de leur constitution paranoïaque, et ceux-là seuls font un délire de jalousie.

Chez le paranoïaque éthylique, l'alcool exalte les tendances et empêche les freins normaux de la morale et de la volonté. De même, la sénilité joue le rôle de l'alcool et libère les tendances constitutionnelles.

Le délire de jalousie survient donc d'une façon générale, sur un terrain paranoïaque. Une cause occasionnelle le déclanche, à l'âge souvent où les passions amoureuses s'apaisent, et cette cause est presque toujours une altération génésique. Soit impuissance des alcooliques, des séniles, soit érotisme des séniles, des paralytiques généraux. On la trouve chez notre malade, sous forme d'une excitation sexuelle marquée, développée depuis 4 mois. Celle-ci pourrait, de prime abord, être considérée comme une réaction de défense ; le malade voulant donner à sa femme des satisfactions totales lui évitant de chercher des amants. En fait elle est liée à une véritable hypercrinie, de nature parkinsonienne, à rapprocher de la sialorrhée.

Mais d'autre part, notre malade ne présente aucunement la constitution paranoïaque, et ce fait la différencie des délirants jaloux systématiques habituels. Il faut considérer qu'ici l'encéphalite a non seulement supprimé les freins inhibiteurs de tendances constitutionnelles, mais semble bien avoir créé une affectivité particulière, de type passionnel, qui a permis l'éclosion du délire à la faveur de la perturbation génésique.

Le comportement du malade, par rapport à ses idées de jalousie, prend également, de sa nature encéphalitique, une allure particulière. Le jaloux systématique, qui présente, en vertu de son tonus passionnel permanent, des réactions hostiles continues, est certes toujours susceptible de ces paroxysmes au cours desquels il commet un meurtre. Chez notre malade, se manifeste à un plus grand degré le type coléreux des réactions ; colères terribles, déclanchées par cette impulsivité si particulière des post-encéphalitiques, qui surprend le sujet dans des moments de calme et de neutralité émotionnelle. C'est dans ces

moments que l'homicide, dont plusieurs exemples ont été rapportés, est susceptible d'être exécuté, et qu'il a failli l'être, à plusieurs reprises, par notre malade.

Ce cas mérite enfin d'être ajouté aux manifestations tardives de l'encéphalite épidémique déjà connues, en particulier les délires de persécution à base hallucinatoire et avec affaiblissement intellectuel plus ou moins accusé.

BIBLIOGRAPHIE

Victor PARANT, fils. — Les délires de jalousie. *Thèse de Toulouse,* 1901 : renferme une bibliographie, dont : IMBERT, Le délire dans la jalousie affective. *Thèse, Bordeaux,* 1897. — VILLERS, Le délire de la jalousie. Bruxelles, 1899.

G. DE CLÉRAMBAULT. — Les délires passionnels. *Bull. Soc. Clinique de Méd. mentale,* 1921, p. 61.

DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES. — Présentation de deux jaloux. *Bull Soc. Clin. de Méd. ment.,* 1930, p. 34.

G. ROTTENBERG. — Contrib. à l'ét. des syndr. démentiels de l'E. E. *Thèse, Paris,* 1932.

A. VOLSTEIN. — Contrib. à l'ét. des syndr. hallucinatoires, séquelles d'encéphalites. *Thèse, Paris,* 1932.

M. Roger DUPOUY. — Ce malade est typique car il montre bien que le délire est paroxystique comme le sont les accès d'anxiété chez les encéphalitiques. Aujourd'hui, n'ayant pas d'anxiété, il renie son délire. Mais que l'anxiété revienne, il redélirera avec conviction et aura les mêmes réactions meurtrières. C'est la règle chez les encéphalitiques. Leurs impulsions dangereuses apparaissent paroxystiquement avec l'anxiété.

M. LÉVY-VALENSI. — Le délire de jalousie est très rare chez les encéphalitiques ; pourtant, par une coïncidence, je viens d'en voir deux cas en peu de temps : celui-ci et un autre à peu près analogue comme thème. Mais il est à signaler que peu après l'éclosion du délire de jalousie, apparurent dans ce deuxième cas des phénomènes d'influence : le malade accusait des étrangers, notamment son beau-frère, d'agir sur sa pensée, etc..., phénomènes qui sont la preuve qu'il ne s'agissait pas d'un délire de jalousie pur.

J'insiste également sur le fait que le malade, longtemps avant son encéphalite, avait eu des perversions sexuelles (exhibitionisme, attouchements sur des enfants, etc...) et que cela n'est pas un argument en faveur de la théorie qui voit dans la jalousie un élément normal de l'amour.

Enfin, l'éclosion de tels délires chez les parkinsoniens prouve que, comme le disait Lhermitte, les troubles mentaux ne sont pas exclusivement conditionnés par des lésions de l'écorce. Le parkinsonisme, peut-on dire, supprime le frein mental comme le frein physique.

M. G. Petit. — Comme vient de l'indiquer M. Dupouy, l'anxiété nous paraît à la base du délire intermittent présenté par le malade. L'éclipse de cet élément anxieux au cours de la présentation explique la réduction actuelle du thème délirant jadis exprimé, ainsi que les tentatives faites aujourd'hui par le malade pour nier ou atténuer ses réactions antérieures.

Du point de vue de la psychogenèse des délires, il semble intéressant de noter qu'un délire interprétatif systématisé de persécution et de jalousie peut se développer sur une base affective et organique pure, telle que l'anxiété encéphalitique ; et il est frappant d'observer que, précisément, les oscillations de la croyance pathologique subissent des variations de même sens que l'élément anxieux qui se trouve à leur base.

Nous avons déjà insisté sur cette variabilité des idées délirantes au cours des autres formes, non parkinsoniennes, de l'encéphalite épidémique et signalé, depuis longtemps, la fréquence et l'importance de l'anxiété dans cette maladie.

M. H. Claude. — Les impulsions des encéphalitiques, en effet, sont à la fois intermittentes et irrésistibles, comme le sont chez eux les crises oculogyres, les spasmes et autres troubles de la psycho-motilité. Le caractère irrésistible de ces impulsions se révèle dans la sincérité des aveux du malade une fois qu'il leur a obéi. « Je ne pouvais pas m'en empêcher », dit-il. Les encéphalitiques peuvent donc être aussi dangereux que les épileptiques et les déments précoces. C'est une notion encore trop ignorée des médecins non spécialisés.

Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique, par MM. L. Marchand et A. Courtois.

Ce sont deux nouvelles observations anatomo-cliniques que nous apportons en contribution à l'étude des psychoses post-puerpérales.

Dans la majorité des cas — spécialement dans ceux où existe un cortège de symptômes toxi-infectieux — les troubles mentaux post-puerpéraux sont causés par une inflammation du cer-

veau, par une encéphalite (1). Les deux exemples que nous rapportons aujourd'hui viennent confirmer ce fait, nous réservant de revenir ultérieurement dans un travail d'ensemble sur la question des encéphalites post-puerpérales. Dans les deux cas présentés, il s'agit d'une variété spéciale d'encéphalite, d'une encéphalite hémorragique.

Obs. 1. — Mme Da..., Simone, 26 ans, modiste, entrée à l'Hôpital Henri-Rousselle le 3 mars 1931.

Père et mère bien portants. Grand'mère paternelle morte d'un cancer utérin. Grand'père paternel mort à l'asile de Villejuif, était « tabétique ». Une cousine germaine du côté paternel, aliénée. (Démence précoce probable).

La malade eut un développement normal. Certificat d'études à 11 ans. Elle était gaie, espiègle, aimant rire. Cependant, elle présentait des sautes d'humeur et des peurs irraisonnées.

Mariée à 22 ans, elle est abandonnée 5 mois après par son mari. A cette occasion, elle présente un état dépressif avec idées de persécution ; elle pense qu'on la suit dans la rue ; un jeune homme la guette. Elément érotomaniaque, ce jeune homme la protège et veut l'épouser. Insomnie avec phénomènes anxieux nocturnes. Le tout dure quelques jours. Elle aurait présenté depuis plusieurs petits états anxieux de peu de durée (quelques heures, quelques jours) à différentes occasions. Cependant, elle travaillait correctement et se remaria en 1929. Son mari signale toujours la même irritabilité avec pleurs pour des motifs futiles.

Première grossesse en août 1930. Tout se passe d'abord sans incident. Interruption spontanée prématurée à 6 mois et demi, le 23 février. L'enfant meurt rapidement. Température : 38° le jour de l'accouchement. Apyrexie jusqu'au 27, la fièvre oscille alors autour de 38°. Dès le 25 février, deuxième jour après l'accouchement, l'agitation commence. Elle veut se lever, prétend faire son lit, se met nue. Bientôt apparaissent de l'anxiété et des idées de persécution, on lui en veut, on va lui faire du mal. Essais de fuite, bris de carreaux à Baudeloque, au cours d'un raptus anxieux.

Même état d'agitation avec confusion, les premiers jours de son entrée dans le service. Désorientation, réponses incohérentes, anxiété, idées de persécution inconsistantes, érotisme. Turbulence avec insomnie, bouleverse sa literie, frappe à la porte, dénudation. Alimentation difficile, mais suffisante.

A l'entrée, Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Azotémie 0,44. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,20 ; glob. : 0 ; leuco : 1,8. Benjoin : 00000. 00000. 00000. Bordet-Wassermann, Meinicke et parégorique négatifs.

(1) E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. — Deux cas d'encéphalite psychosique post-puerpérale. *Soc. méd.-psych.*, 24 novembre 1930.

Température : 39° le 4 ; 38° le 5 et le 6 au soir.

Apyrexie les deux jours suivants mais persistance de la confusion et de l'agitation qui cependant tend à diminuer. L'alimentation est suffisante.

Le 10, dans l'après-midi apparition de crises convulsives d'abord localisées à gauche. Salivation mousseuse, miction involontaire. Crises répétées avec coma intervallaire. Température 40°6.

Déviation de la tête et des yeux à droite. Réflexe cutané plantaire en extension à droite. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig. La flexion de la tête sur la poitrine provoque une flexion de la jambe gauche, et la flexion du bras gauche, s'il est étendu (1). Nouveaux accès épileptiques jacksoniens observés au cours de l'examen et localisés à droite.

Une nouvelle ponction lombaire donne issue à un liquide xantochromique. Alb. : 2 gr. 50 ; Pandy : + + + ; Weichbrodt : + ; Leuco : 60, dont lympho. : 74 0/0, moyens mono. : 24 0/0 ; grands : 2 0/0 ; Benjoin : 22222.22022.22200. Bordet-Wassermann négatif. Urée 1 gr. 74. Sucre 1 gr. 09.

Suppression des accès après une injection sous-cutanée de gardénal sodé. Le coma persiste. Même état le 11 mars. Décès dans l'après-midi. Température terminale 41°2.

Examen macroscopique. — (Autopsie 12 mars).

Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Congestion intense des méninges et teinte hortensia de la substance grise.

Hémisphère droit : 510 grammes. Foyer d'hémorragies capillaire situé à la région postérieure du lobe pariétal droit et n'intéressant que le cortex.

Hémisphère gauche : 530 grammes. Foyer d'hémorragies capillaires intéressant la partie supérieure de la frontale ascendante et la partie moyenne de la pariétale ascendante. A la partie profonde du foyer, au niveau de la frontale ascendante, les hémorragies capillaires sont agglomérées de façon qu'elles donnent l'impression d'un seul foyer hémorragique.

Cervelet et bulbe : 150 grammes. Pas d'athérome des artères de la base. Pas de granulations du plancher du IVe ventricule.

Organes : *Poumons.* Pas de lésions, le droit pèse 500 grammes, le gauche 400 grammes.

Cœur : 250 grammes, pas d'athéromes. Coloration normale du muscle cardiaque.

Foie : 1.470 grammes. Aspect normal.

Reins : le droit pèse 140 grammes ; le gauche 150 grammes. Pas de lésions.

Rate : 90 grammes.

(1) Voir le détail des signes neurologiques in *Ann. Méd.-Psych.*, mai 1931. « Flexion réflexe unilatérale de la jambe par flexion de la tête en cas de coma par lésion cérébrale circonscrite ». A. Courtois.

Pancréas : 100 grammes.
Utérus : 340 grammes ; parois hypertrophiées.
Ovaires : petit kyste dans un des ovaires.
EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Système nerveux.*
Cortex : Au niveau de la région motrice gauche, occupée par le



FIG. 1. — Région motrice gauche. Van Gieson. Pie mère et vaisseaux corticaux infiltrés de polynucléaires donnant l'impression de foyers miliaires puriformes (zône hémorragique). D. 115.

foyer d'hémorragie capillaire, la pie-mère est très congestionnée ; suffusions intra-méningées et sous-piemériennes. Toute la pie-mère est infiltrée de polynucléaires et la lumière des vaisseaux renferme également des amas de polynucléaires. Pas d'éléments microbiens. Par place, nécrose des polynucléaires donnant l'impression de pus (microphoto, fig. 1).

Toute la couche moléculaire est dilacérée par l'hémorragie capillaire et par endroits les autres couches du cortex sont également

envahies. Tous les vaisseaux corticaux sont entourés de sang frais et ont leurs parois infiltrées de polynucléaires, donnant l'impression de foyers miliaires puriformes ; certains ont leur lumière complètement obstruée par ces éléments (microphoto, fig. 1). Dans cette zone, exsudation séreuse infiltrant le parenchyme. Les cellules pyramidales sont très altérées ; leurs bords sont irréguliers, leur corps ne contient plus de granulations chromophiles, noyaux pycnotiques. Toutes les cellu-

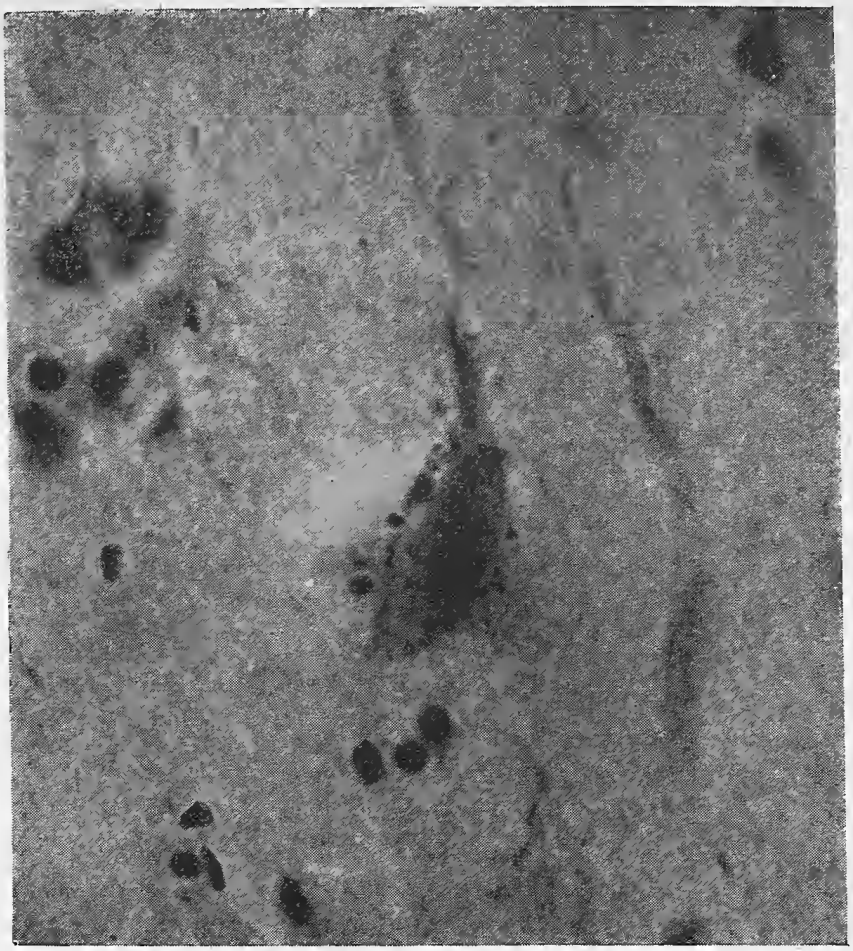


FIG. 2. — Région motrice gauche. Cellule pyramidale entourée de granulations basophiles (zône d'hémorragies capillaires).

les sont entourées de granulations irrégulières basophiles (microphoto, fig. 2). Nombreuses cellules en voie d'autolyse.

Dans la substance blanche sous-corticale, les vaisseaux sont entourés de manchons de cellules mononucléées.

Dans toute cette zone, les cellules névrogliques sont en voie de dégénérescence et leurs corps ne sont plus représentés au Cajal que par des masses irrégulières desquelles s'échappent quelques prolongements granuleux.

Dans les autres régions du cortex, la pie-mère est épaissie et envahie par de nombreux mononucléaires.

Cellules pyramidales très altérées. Dégénérescence granuleuse. Excentricité du noyau. Dans la substance blanche sous-corticale, nombreux petits vaisseaux sont bordés de cellules mononucléées.

Aucun microbe n'a été décelé dans les zones hémorragiques et dans les autres régions.

Noyaux caudés et putamen : Vaisseaux entourés de cellules rondes. Quelques hémorragies péricapillaires. Lésions cellulaires profondes ; dégénérescence granuleuse et atrophie cellulaire aiguë. Nombreuses cellules en voie d'autolyse.

Cervelet : Lésions des cellules de Purkinge. Pas d'autres altérations.

Pédoncule et bulbe : Altération peu accusée du locus niger et des noyaux des nerfs craniens. Pas de lésions vasculaires.

Hypophyse : Normale.

Moelle : Au niveau de la moelle lombaire, nombreuses cellules des cornes antérieures en voie d'atrophie.

Organes. — *Foie :* Congestion intense. Dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques dans la zone sus-hépatique. Quelques foyers de cellules mononucléées dans les espaces portes.

Reins : Légère dégénérescence granuleuse des cellules des tubes urinifères. Pas d'autres lésions.

Rate : Très congestionnée. Légère sclérose.

Pancréas : Pas de lésions.

Ovaires : Normaux. Nombreux follicules. Pas de lésions inflammatoires, mais nombreuses hémorragies interstitielles.

Utérus : Nombreux petits foyers hémorragiques distribués d'une façon diffuse dans la paroi musculaire ; pas de lésions inflammatoires. Muqueuse détruite et infiltration purulente du chorion par endroits.

Obs. 2. — Mlle De..., Suzanne, 24 ans, institutrice, entrée le 14 novembre 1931. Grand'mère maternelle suicidée, avait eu des hallucinations. Un frère arriéré. Père et mère en apparence normaux.

Elle-même n'a jamais présenté de troubles mentaux appréciables. Elle avait seulement la tête « un peu dure », mais réussit cependant ses études d'institutrice.

Le 9 octobre, avortement provoqué d'une première grossesse de 6 semaines environ. Depuis, De... reste déprimée, inquiète, irritable et se plaint de douleurs abdominales. Céphalées, insomnie, avec surexcitation, dès le milieu d'octobre. Phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels, subconfusion, aurait présenté des fausses reconnaissances. Ces troubles s'exagèrent à partir du 17 octobre, date à laquelle elle doit cesser sa classe et est envoyée par sa famille loin de son village, à Paris. Elle n'aurait pas eu de fièvre à ce moment. Aggravation progressive de l'état d'énervement, toutefois encore compatible avec le séjour à l'hôtel. Apparition soudaine, le 11 novembre, d'un court accès d'excitation avec cris, violences, bris de matériel, tentatives de défénestration. Nouveaux accès le 12 et le 13, puis l'état d'agitation devient permanent.

Le 14, à l'entrée, on constate une excitation psychomotrice conti-

nue, réponses brèves et à peu près exactes ; elle prétend commander à tout le monde. Déambulation dans la salle de consultation ; elle bouscule tout, donne des coups de pieds dans les meubles. Opposition à l'examen. Propos érotiques. Cris. Insomnie.

Le 15, confusion mentale aiguë, avec agitation. Désorientation, se donne 22 ans, ne sait où elle se trouve, ne croit pas être à Paris, se dit entrée depuis plusieurs jours. Propos ambitieux, elle va jouer un rôle, elle fait partie d'une mission d'études ; ou bien préoccupations érotiques, absence de toute pudeur, dénudation, attitudes passionnelles. Incohérences, parle de s'arracher tous les poils pour qu'ils deviennent blancs.

Turbulence ; elle bouleverse sa literie. Violences. Refus d'aliments. Etat toxi-infectieux grave. Pâleur, langue et lèvres desséchées. Sueurs. Fièvre : 39°2 le matin, 38°4 le soir.

Examen du sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatifs. Azotémie : 0,46.

De... est hospitalisée le lendemain au pavillon de chirurgie.

Le même état confusionnel y persiste d'abord avec agitation violente et refus d'aliments. Puis un état stuporeux s'installe avec mutisme, aucun effort apparent pour répondre ; seuls les mouvements des yeux et une mimique assez adaptée indiquent que la malade entend qu'on lui parle. Mouvements automatiques des membres (flexion, extension). Alimentation plus facile. Cachexie pourtant rapide. Sueurs abondantes.

Température oscillant entre 38°5 et 40°.

Un curettage utérin, pratiqué par le Dr Mauclaire, ramène quelques débris placentaires.

Pas d'amélioration consécutive. Affaiblissement progressif. Stupeur.

Décès le 23 novembre.

Examen macroscopique. — (Autopsie 24 novembre).

Système nerveux : Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale, congestion intense de la pie-mère et de la substance grise. Suffusions sanguines méningées diffuses. Dans l'hémisphère droit, foyer d'hémorragies miliaires confluentes intéressant la substance grise et la substance blanche sous-corticale du pied de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante, de la partie supérieure du lobe pariétal. L'ensemble de cette zone a la grosseur d'une noix. Autour de cette zone, le tissu nerveux a un aspect jaunâtre et ramolli.

Petites taches hémorragiques sous le plancher du IVe ventricule.

L'hémisphère droit pèse 560 gr., le gauche 490 gr., le cervelet et le bulbe 150 gr.

Organes : *Poumons :* Rien de particulier ; le gauche pèse 325 gr., le droit 360 gr.

Cœur : 310 grammes ; pas de lésions des orifices ; aspect normal.

Foie : 1.985 grammes, aucune lésion macroscopique.

Reins : Le gauche pèse 125 grammes, le droit 180 grammes ; pas de lésions.

Rate : 125 grammes.

Thyroïde : 29 grammes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Système nerveux.*

Méninges ; Suffusions sanguines pie-mériennes et sous-piemériennes. Adhérences de la pie-mère au cortex. Au fond des sillons, infiltration méningée par des monocytes lymphocytaires (microphoto, fig. 3).



FIG. 3. — 2e frontale droite. Fond de sillon avec infiltration méningée lymphocytaire. Méthode de Nissl. D. 70.

Cortex : Lésions cellulaires accusées : Coloration pâle du protoplasma et disparition des granulations chromophiles. Excentricité des noyaux. Dans les couches profondes, satellitose de nombreuses cellules.

Les cellules névrogliques ne paraissent pas lésées, ni hypertrophiées ; nombreuses cellules microgliques satellites des vaisseaux.

Les vaisseaux, et principalement les capillaires de la substance blanche sous-corticale sont entourés ou bordés de cellules rondes. L'adventice des vaisseaux est encombré de blocs de pigments jaunes-verdâtres par la méthode de Nissl.

Noyaux gris centraux : Infiltration considérable des parois de nombreux vaisseaux par des cellules embryonnaires (microphoto, fig. 4). Lésions cellulaires diffuses, nombreuses cellules en voie de désintégration sans neuronophagie.

Couches optiques : Lésions des cellules très accusées. Cellules en voie de désintégration sans neuronophagie. Corps cellulaires granuleux

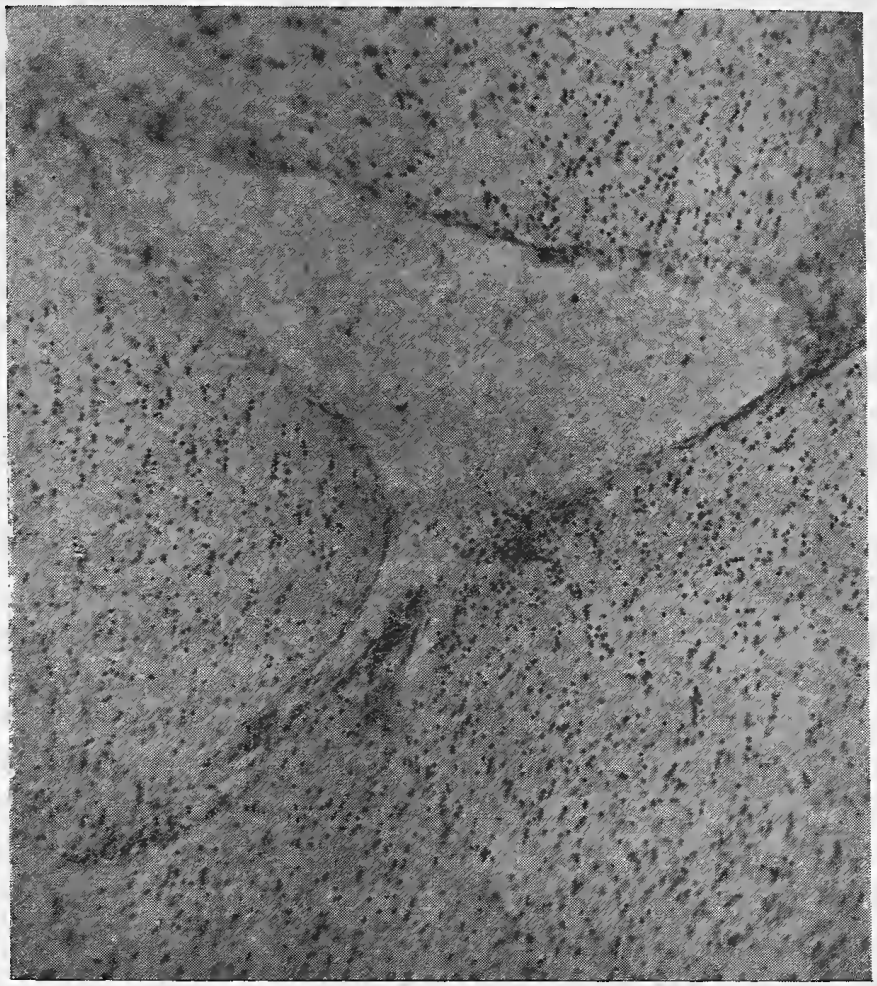


FIG. 4. — Veine atteinte de périvascularite située dans le bras antérieur de la capsule interne gauche, D. 70.

ne renfermant plus de granulations chromophiles ; bords irréguliers, noyaux excentriques. Peu de réactions vasculaires.

Cervelet : Suffusions sanguines intra-piemériennes. Infiltration de la pie-mère par de nombreux macrophages. Aspect flou du corps des cellules de Purkinje. Pas d'autres lésions.

Pédoncules cérébraux : Les cellules du Locus Niger paraissent normales. Légère réaction périvasculaire.

Bulbe : Lésions de nombreuses cellules des olives. Les cellules des noyaux des nerfs craniens sont peu altérées.

Hypophyse : Congestion. Légère sclérose diffuse.

Moelle : Lésions très légères des cellules des cornes antérieures. Pas de lésions des cordons. Vaisseaux normaux.

ORGANES : *Foie :* Légère dégénérescence graisseuse diffuse des cellules hépatiques. Pas d'autres lésions.

Reins : Pas de lésions.

Rate : Normale.

Utérus : Pas de lésion inflammatoire. Muqueuse saine. Nombreuses hémorragies dans la paroi musculaire.

Ovaires : Nombreux follicules. Pas de nodules infectieux. Quelques foyers d'hémorragies interstitielles.

Corps thyroïde : Les acini sont remplis de subtance colloïde. Aucune lésion.

⁂

Dans le premier cas, accouchement prématuré à 6 mois 1/2, début des troubles 2 jours après l'accouchement, confusion, idées de persécution, décès le douzième jour après l'installation du syndrome délirant aigu, 16 jours après l'accouchement.

Dans le second cas, il s'agit d'un avortement provoqué vers la 6e semaine d'une grossesse. Dans la semaine qui suit, premiers symptômes prodromiques : céphalées, insomnie, irritabilité, subconfusion avec fausses reconnaissances, douleurs abdominales persistantes. Cette période dure près d'un mois avec aggravation progressive des symptômes. Décès au dixième jour de l'accès aigu et 44 jours après l'avortement provoqué. Pendant le séjour dans le service, la symptomatologie clinique est, au début, celle du délire aigu avec agitation dans le premier cas, agitation puis rapidement état stuporeux dans le second.

L'issue fatale fut hâtée ou provoquée (1) dans ces cas par les foyers d'hémorragies miliaires corticales qui s'accompagnèrent dans l'observation I, de crises d'épilepsie jacksonienne localisées à gauche puis à droite, avec signes neurologiques de lésion en foyer (région motrice gauche).

Dans le second cas, nous n'avons pu pratiquer l'examen quotidien de la malade qui était hospitalisée au pavillon de chirurgie. Il ne se produisit pas de crises épileptiformes. La malade présentait un état de torpeur.

Il faut encore insister sur l'importance du facteur « ter-

(1) L'état de la première malade était grave mais non alarmant avant l'apparition subite des crises épileptiques.

rain » ; dans les deux cas, le rôle de la fragilité cérébrale héréditaire est manifeste.

Quant aux lésions cérébrales, il faut distinguer celles des zones hémorragiques et celles des autres régions du cerveau.

En dehors des zones d'hémorragies, on observe les mêmes lésions inflammatoires que nous avons décrites antérieurement dans les encéphalites psychosiques d'origine toxi-infectieuse. Dans les zones d'hémorragies péricapillaires où le sang a, en certains points, dilacéré la substance cérébrale, on constate l'infiltration du parenchyme, en particulier de la pie-mère et des parois vasculaires par des polynucléaires donnant l'impression de foyers miliaires puriformes.

Dans ces deux cas, nous n'avons pu mettre en évidence des éléments microbiens.

Nous insistons sur les lésions cellulaires diffuses qui consistent en la dégénérescence et l'histolyse des éléments ; nous pensons que seul un facteur toxique extrêmement puissant peut les déterminer.

Notons enfin que, chez ces deux sujets, les ovaires ne présentent aucune lésion de nature inflammatoire, aucun nodule infectieux, mais seulement des hémorragies interstitielles. Dans les deux cas, l'utérus renfermait aussi de nombreuses hémorragies interstitielles sans lésions inflammatoires. Dans le premier cas, la muqueuse utérine était nettement infiltrée de pus.

Les seules lésions que nous relevons dans les autres organes consistent en une légère dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Ajoutons que ces formes hémorragiques sont loin d'être particulières aux encéphalites puerpérales. Nous en avons, pour notre part, observés dans des encéphalites de causes variées (encéphalite typhique, encéphalites psychosiques primitives).

La séance est levée à 11 h. 50.

Les secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

Séance du Lundi 27 Juin 1932

Présidence : MM. MARCHAND, président
et Georges DUMAS, vice-président

En ouvrant la séance, M. MARCHAND, *président,* souhaite la bienvenue à M. le Professeur Aug. LEY, de Bruxelles, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Adoption du procès-verbal de la séance du 19 mai 1932 et du procès-verbal de la séance du 23 mai 1932.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Paul ABÉLY, *secrétaire des séances,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la présente séance ;

une lettre de Mlle le Dr Andrée DESCHAMPS qui remercie la Société de lui avoir attribué le *prix Christian ;*

une lettre de M. le Dr Pierre MASQUIN qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Moreau de Tours ;*

une lettre de M. le Dr Emm. MARTIMOR, de Blois, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Pierre MASQUIN, de Paris, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Alfred DIMOLESCU, de Bucarest, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr Gabriel PADÉANO, de Bucarest, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr Henri BARUK, qui remercie la Société des vœux de guérison exprimés au nom de la Société à l'occasion de l'agression dont il a été victime de la part de l'un de ses malades : heureusement le Dr Henri Baruk est actuellement convalescent de ses blessures ;

une lettre de M. le Dr Jean STANESCO, médecin de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses de Sibiu, psychiatre légiste au Pénitencier Vacaresti (Roumanie), médecin légiste de l'Université de

Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : une Commission composée de MM. H. CLAUDE, René CHARPENTIER et LAUZIER, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 24 octobre 1932 ;

une lettre de M. le Dr Alphonse LEROY, secrétaire permanent des Congrès belges de Neurologie et de Psychatrie invitant les membres de la Société à assister au *XIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie* qui se tiendra à Gand le samedi 24 septembre et le dimanche 25 septembre 1932 : la Société décide de remercier le Congrès belge de cette aimable invitation et de se faire représenter officiellement à cette intéressante session par MM. MARCHAND, *président,* et René CHARPENTIER, *secrétaire général.*

Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. G. PETIT, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, Georges DUMAS et G. PETIT, rapporteur, sur les titres de MM. les Drs Edouard BURCKARD (de Sarreguemines), Henri EY et Louis LE GUILLANT (de Paris), candidats au titre de *membre correspondant national* de la Société, il est procédé au vote :

Nombre de votants 15
Majorité absolue 8

Ont obtenu :

M. le Dr Edouard BURCKARD 15 voix
M. le Dr Henri EY 15 —
M. le Dr Louis LE GUILLANT 15 —

MM. les Drs Edouard BURCKARD, Henri EY et Louis LE GUILLANT sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, Paul COURBON et Th. SIMON sur les titres de M. le Dr Paul LARIVIÈRE, de Montréal, candidat au titre de *membre associé étranger* de la Société, il est procédé au vote :

Nombre de votants 16
Majorité absolue 9

A obtenu :

M. le Dr Paul LARIVIÈRE 16 voix

M. le Dr Paul LARIVIÈRE, de Montréal, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.

COMMUNICATIONS

Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique,

par MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn.

L'observation que nous avons l'honneur de relater devant la Société, nous paraît être particulièrement intéressante, parce qu'elle synthétise la plupart des caractères qui sont propres aux troubles psychiques dus au virus encéphalitique.

Nous y trouvons la longue évolution à accidents brusques et inattendus, la succession, pour ainsi dire, paradoxale de syndromes très différents (confusion mentale, délire hallucinatoire, catatonie, excitation maniaque, etc.), l'apparition fugace de signes neurologiques (hémirigidité, hypersécrétion sébacée, spasmes respiratoires), enfin, au cours du syndrome cyclothymique que la malade a présenté, la durée extrêmement courte des périodes (quelques heures) avec prédominance nocturne des phénomènes d'excitation.

Tous ces symptômes, dont l'allure est caractéristique, ont été déjà décrits par différents auteurs, et donnent une physionomie toute spéciale aux manifestations psychiques de cette infection. C'est pour cet ensemble que l'un de nous a proposé déjà le nom de « psychose encéphalitique » (1).

⁂

Voici l'observation :

Mme Livia, âgée de 30 ans, entre à la Pitié, au Pavillon Quentin, le 5 septembre 1931 ; est anxieuse et très agitée. En septembre 1918, encéphalite avec somnolence. Guérison apparente.

Les troubles actuels sont apparus progressivement. Leur début remonte à environ 18 mois. A ce moment, se produit une modification très nette du caractère ; d'une part, irritabilité extrême, d'autre part, apparition de préoccupations religieuses, et reprise des pratiques négligées depuis l'enfance. En même temps, soucis venus d'une vie matérielle plus difficile ; la mère est mariée, mère de 2 enfants, le mari ne gagne que 30 francs par jour : privations. D'autre part, en août 1930, la malade se trouve enceinte. Dans les mois qui suivent,

(1) Pierre Kahn. — *Soc. de Psych.*, avril 1922.
Pierre Kahn. — *Soc. de Psych.*, février 1923.
Besson. — *Thèse de Paris*, 1923, « La Psychose encéphalitique ».

apparition de l'anxiété. Hallucinations auditives : « Le diable vient gratter au plafond de sa chambre. » Hallucinations de la sensibilité générale et génitale : « Le diable lui prend la main et provoque une excitation de ses organes sexuels. »

La malade accouche en Italie, le 10 mars 1931. Voyage aux frais du gouvernement Italien. Accouchement normal. Au bout de 15 jours, elle sort de la maternité.

Mais en Italie, la malade se retrouve dans un milieu familial propice au développement de ses troubles psychiques ; ses parents croient aux revenants, aux esprits, aux sorciers. Dans sa famille, elle ne mange pas à sa faim. La malade revient en France en juillet 1931, elle présente, à cette époque, toujours les mêmes troubles.

Un soir, prise d'un raptus anxieux, elle ne veut pas rentrer chez elle, redoutant un mauvais coup de son mari.

Par ailleurs, le lendemain, dans la nuit, elle descend en chemise chez son propriétaire pour lui demander du tilleul.

Les jours suivants, elle se croit de plus en plus persécutée, elle, et ses enfants ; elle croit qu'on veut tuer ses enfants. Ces idées délirantes de persécution, amènent une anxiété et une agitation croissantes, et atteignent leur maximum au moment de son entrée à la Pitié, au début de septembre 1931.

Antécédents héréditaires. — Sa mère aurait été internée pendant un mois pour troubles psychiques apparus à la suite de privations.

Père bien portant.

Pas de traces d'hérédo-syphilis.

Antécédents personnels. — A l'âge de 19 ans, en 1918, encéphalite épidémique. Cette épidémie atteint plusieurs personnes dans son village et aurait été suivie, chez de nombreux malades, de troubles psychiques.

La malade aurait présenté de la somnolence pendant trois semaines ; on aurait été obligé de la réveiller pour l'alimenter. En outre, on aurait remarqué chez elle des troubles oculaires.

A la suite de cet épisode, son caractère serait devenu extrêmement irritable.

Elle se marie en 1922. Trois enfants. Pas de fausse-couche.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente une agitation continue, s'accompagnant de cris et de violence. Elle est extrêmement anxieuse. Elle veut se sauver. Tantôt elle déchire sa chemise ou les draps, tantôt elle se met à chanter et à danser. Elle refuse toute nourriture.

Idées délirantes de persécution à base d'hallucinations auditives et visuelles : on la menace, on veut l'empoisonner, les fantômes lui font peur.

Idées délirantes d'auto-accusation : elle s'accuse d'avoir commis un crime.

Pas de désorientation dans l'espace ni dans le temps : mémoire intacte (évocation et fixation).

A l'auscultation, le cœur, les poumons et l'appareil digestif sont normaux. Ni sucre, ni albumine dans les urines, mais présence de lactose.

Dans le sang : Urée = 0,43.

Liquide céphalo-rachidien { Albumine = 0,19. Lymphocytes = 0,01. Glucose = 0,65.

Appareils nerveux. — Les réflexes tendineux et oculaires sont normaux.

15 septembre. — Modification complète de l'aspect de la malade. Somnolence à type léthargique. Pour l'alimenter, on est obligé de la réveiller en la secouant ou en la chatouillant

Dans les rares moments où la malade est réveillée, reprise de l'agitation et des hallucinations. Ce sont des hallucinations auditives, nettes et précises, dont le caractère pénible a disparu.

La malade entend des voix qui l'entretiennent de sa famille et de ses amis. Quand on l'observe à travers la vitre de la porte, ses traits expriment de la joie, et ses yeux grands ouverts fixent un point de l'espace. Cet état dure quelques heures. Ensuite, ou bien la malade retombe dans son sommeil, ou bien elle revêt l'aspect d'une démente précoce, négative et immobile. En même temps, apparaît un symptôme particulier : une hypersécrétion sébacée continue. Pendant plus d'un mois, le visage de la malade sera constamment comme verni d'un enduit gras. Cette hypersécrétion cessera avec disparition de la somnolence. On note, en même temps, une hémirigidité droite à type strié. Pas de tremblement.

30 septembre. — Crise de pleurs spasmodiques, suivie de respiration stertoreuse.

Traitement. — A ce moment, abcès de fixation, ensuite, Bleu de Trypan en injections intra-veineuses. Ce traitement est suivi d'amélioration. Disparition de la somnolence, de l'hémirigidité et de l'hypersécrétion sébacée. Modification de l'allure de la psychose : disparition de l'anxiété et de l'hallucination. Par contre, apparaissent des périodes de dépression et d'excitation à type cyclothymique à rythme très court. D'une façon générale, ces périodes de dépression sont surtout diurnes, et les périodes d'excitation nocturnes.

Périodes de dépression. — La malade est immobile sur son lit, en général cachée sous ses draps; elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, mais n'est pas indifférente. Elle écoute ce qu'on dit, et regarde ce qu'on fait. Elle mange peu, mais ne refuse pas les aliments.

Périodes d'excitation. — Elle danse en chantant des chansons italiennes.

22 janvier. — La malade n'est ni déprimée ni excitée, elle est présente et répond aux questions avec lenteur. Bradypsychie, sans être indifférente. Il semble que son activité continue. Cependant, elle ne demande pas à sortir.

28 janvier. — Réapparition de l'excitation dans ses chants. Pas de négativisme. Est présente à la conversation.

— Vous chantez en italien ?

— Oui, les chants italiens sont très jolis, les danses aussi sont jolies.

— Vous ne voulez pas retourner dans votre pays voir votre famille ?

— Non.

— Et votre enfant, cela ne vous intéresse pas de savoir ce qu'il est devenu ?

Avec un air indifférent, elle répond d'une voix monotone :

— « Peut-être », — et elle se met à danser. Elle prend un aspect schizoïde ; elle semble vivre dans un songe, dans un monde à part ; et, cependant, elle n'est pas indifférente à ce qui l'entoure, écoutant ce qu'on dit, et regardant ce qu'on fait.

10 février. — Réapparition des troubles à rythmes cyclothymiques, tantôt danses et chants, tantôt mutisme avec ou sans pleurs, avec ou sans négativisme.

La malade passe à l'Asile Ste-Anne le 29 mars.

En résumé, il s'agit d'une femme de 30 ans, ayant accouché récemment, et qui aurait contracté, au cours d'une épidémie, une encéphalite léthargique onze ans auparavant.

Pendant plus de neuf ans, guérison apparente.

Il y a dix-huit mois, réveil brusque de l'infection : troubles du caractère, préoccupations obsédantes. Grossesse. Apparition de l'anxiété, d'hallucinations sensorielles multiples mystiques, avec idées délirantes de persécution. Raptus anxieux. A ce moment, en septembre 1931, la malade entre dans notre service au Pavillon Quentin.

Elle présente successivement :

1° Un syndrome hallucinatoire.

2° Un syndrome à type catatonique.

3° Un syndrome léthargique avec hypersécrétion sébacée et hémirigidité musculaire.

4° Spasmes respiratoires et pleurs spasmodiques.

5° Un syndrome cyclothymique à oscillations extrêmement rapides et prédominance nocturne de l'excitation.

L'allure générale et l'évolution de ces troubles avaient déjà attiré l'attention des observateurs (1). Le Pr. Claude, et nous-

(1) Laignel-Lavastine. — *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 1919.
Pierre Kahn. — *Soc. de Psych.*, juin 1921.
Pierre Kahn. — *Soc. de Psych.*, avril 1922.

mêmes, avons notamment insisté sur l'allure serpigineuse, déconcertante, des manifestations successives de l'encéphalite. Leur polymorphisme avait été l'objet d'une longue discussion à Lausanne, en 1930 (Steck, Minkowski).

Dans le détail même des différents syndromes qui se sont succédé chez notre malade, chacun des stades différents évoque des observations de malades similaires.

Le syndrome catatonique avait déjà été signalé dès le début où apparurent les premiers cas d'encéphalite à manifestations psychiques (1).

Les spasmes respiratoires sont notés dans une observation de Leroy et Montassut (2).

L'hypersécrétion sébacée, l'hémirigidité musculaire sont indiquées par d'autres auteurs.

Enfin, l'allure très spéciale, très caractéristique du stade cyclothymique qu'a présenté notre malade, demande qu'on y insiste particulièrement.

L'évolution extrêmement rapide des oscillations (excitation, dépression), la soudaineté des réactions, la prédominance nocturne de l'agitation à type maniaque, tous ces caractères avaient déjà été soigneusement indiqués précédemment (3).

Notre observation, par sa longue évolution, par sa longue période de guérison apparente, par la succession de syndromes psychiques dont l'aspect désordonné, inattendu, capricieux, paradoxal, est la caractéristique même, nous paraît être comme un résumé typique des principales formes essentiellement polymorphes de la psychose encéphalitique, et dont la succession chez une

Pierre KAHN. — *Soc. de Psych.*, février 1923.
CLAUDE. — *Soc. Méd. Psych*, février 1922.
PETIT. — *Soc. Méd. Psych.*, juin 1920.
PETIT. — *Soc. Méd. Psych.*, juillet 1921.
PETIT. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 1921.
PETIT. — *Soc. de Psych.*, mai 1921.
TRUELLE et PETIT. — Quimper 1922.
(1) Pierre KAHN. — *Soc. de Psych.*, 21 avril 1921.
Pierre KAHN et BENDA. — *Soc. de Psych.*, novembre 1921.
Pierre KAHN. — *Thèse de Besson*, Paris 1923.
CLAUDE. — *Soc. Méd. Psych.*, février 1922.
PETIT. — *Pratique Méd. Française*, novembre 1925.
(2) LEROY et MONTASSUT. — *Soc. Méd. Psych.*, mai 1923.
(3) PETIT. — *Soc. Méd. Psych.*, juin 1920, mai 1921.
Pierre KAHN. — *Soc. de Psych.*, juillet 1921, avril 1922, juin 1921.
LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — *Soc. de Psych.*, 21 décembre 1922.
DUPOUY et COURTOIS. — *Soc. de Psych.*, décembre 1928.
CLAUDE, ROBIN, CÉNAC. — *Soc. de Psych.*, novembre 1925.
ROUQUIER. — Congrès de Blois, 1927.

même malade fait de notre observation le type clinique même de cette psychose.

M. G. PETIT. — Puisque M. le professeur Laignel-Lavastine veut nous faire l'honneur de solliciter notre avis, qu'il nous permette, tout d'abord, de le remercier, ainsi que M. Pierre Kahn, pour le souci et la bienveillance avec lesquels ils ont cité et apprécié nos publications sur les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique.

L'observation si intéressante qu'ils viennent de présenter nous paraît, en effet, illustrer, une fois de plus, les caractères généraux qui nous avaient paru au premier plan du tableau clinique dans les formes psycho-organiques de l'encéphalite épidémique : à savoir, le polymorphisme et la variabilité séméiologique des malades, qui peuvent réaliser, tour à tour, tous les symptômes et tous les syndromes de la pathologie mentale.

Ainsi que l'ont fait remarquer les présentateurs, les observations analogues ne constituent pas des raretés. Il nous arrive, assez souvent, de recevoir, dans notre service, des psychopathes qui ont été déjà qualifiés, par nos collègues, d'étiquettes nosologiques banales (hébéphrénie, catatonie, démence précoce, délire hallucinatoire, psychose maniaque-dépressive, etc.) et qui présentent, en réalité, des formes psycho-organiques, variables et variées, de l'encéphalite épidémique. Nous avons observé, récemment, une de ces malades, qui a été considérée tour à tour comme une hébéphrénique et comme une maniaque dépressive, parce qu'elle a présenté, effectivement, tous les caractères psycho-cliniques qu'il est classique d'assigner à ces formes de la nosologie psychiatrique actuelle ; mais on pouvait également déceler, chez elle, de nombreux signes organiques, également variés et variables — mais parfois même complètement éclipsés (ce qui ajoute à la difficulté du diagnostic) — qui témoignaient de l'évolution d'une encéphalite épidémique chronique, dont l'épisode initial avait, d'ailleurs, été observé et diagnostiqué par M. Roubinovitch.

On conçoit combien est difficile le diagnostic de pareilles formes, où les troubles organiques se manifestent eux-mêmes comme essentiellement polymorphes, variables et contingents, d'autant que l'épisode aigu initial de l'encéphalite épidémique peut passer inaperçu ou manquer de caractères classiques.

M. MARCHAND. — Toutes les encéphalites ne sont pas de même nature. Il en est d'infectieuses, de grippales, de puerpérales, etc... Certaines frappent plutôt les enfants. Dans la plupart, les signes

neurologiques sont rares ou absents. Il conviendrait de trouver un terme spécial pour désigner cette encéphalite épidémique dont parlent les auteurs, qui a une évolution si spéciale et dans laquelle l'atteinte neurologique est si fréquente.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — On pourrait l'appeler maladie d'Economo.

M. MARCHAND. — Le terme cyclothymique en psychiatrie évoque l'idée de périodes successives d'agitation et de dépression, ayant chacune une certaine durée. La durée des phases de l'encéphalite épidémique est beaucoup plus brève. Je préférerais le terme de tachyrythmique proposé par M. Laignel-Lavastine à celui de cyclothymique.

La mimique vocale, par M. Georges DUMAS.

Résumé. — Dans cette communication sur la mimique vocale, M. Georges Dumas étudie particulièrement l'intonation chez les sourds-muets. La question est, d'après lui, sensiblement analogue à la question de la mimique motrice chez les aveugles, qui a fait l'objet de sa dernière communication à l'Académie de Médecine, et elle comporte une solution également analogue.

Les sourds-nés qui ont été entraînés à l'intonation et qui mettent le ton dans leurs paroles lui ont paru avoir acquis cette intonation en s'habituant à imiter toute la mimique buccale de leurs maîtres et ils se caractérisent eux-mêmes par une mimique très développée.

Pour les dresser à entonner, ce qui rapprocherait beaucoup leur voix de la nôtre, il s'agirait, d'après M. Georges Dumas, de développer leur mimique buccale et faciale, de façon à transformer la plupart de leurs paroles en « gestes vocaux », suivant l'expression de Gratiolet.

Il s'agirait en somme d'agir sur la parole en développant la gesticulation faciale et orale telle que nous la pratiquons dans la mimique émotionnelle, et par ce moyen il semble que l'on pourrait peut-être donner non seulement du ton, mais en enrichir le timbre, à la voix des sourds-muets.

On retrouvera plusieurs éléments de cette communication dans un mémoire sur la mimique vocale qui paraîtra dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. RAYNEAU. — A Orléans, j'ai assisté à la représentation d'une comédie par des sourds-muets. Deux des acteurs avaient une mimique et une intonation surprenantes. D'autre part, j'ai connu un organiste aveugle, très intelligent, habitué d'un café

et d'un cinéma, où il connaissait tout le monde, conversant avec chacun et jouant aux échecs. Sa mimique était beaucoup plus animée que celle des autres aveugles et même que celle de son fils, également aveugle. Et cela était dû je pense à cette fréquentation intense d'une société où il s'était éduqué au contact des voyants.

M. Georges Dumas. — Pour qu'un aveugle acquière une mimique, il faut l'intervention active d'autrui. Il faut qu'il soit éduqué, qu'on lui apprenne à contrôler par son toucher l'état de ses muscles faciaux. Par ailleurs, il faut se méfier de la fabulation que le désir de se prétendre égal au clairvoyant inspire à tout aveugle. C'est ainsi que l'un d'eux, qui prétendait reconnaître les couleurs par le toucher, y réussissait quand on lui donnait des étoffes, de substances différentes, colorées différemment, mais échouait quand on lui donnait des disques de verre identiques, mais différemment colorés. Enfin, l'aveugle est renseigné, comme l'a montré Javal, par le sens de l'obstacle, c'est-à-dire par la différence des impressions auditives et tactiles reçues du milieu environnant, suivant la présence d'objets différents dans ce milieu. C'est ainsi qu'un aveugle a pu faire une thèse de doctorat sur la perception extérieure, et qu'en entrant dans mon bureau pour la première fois, il fut capable de m'en décrire les meubles sans rien toucher. Si les clairvoyants ne sont pas capables de faire une telle description les yeux fermés, ce n'est pas que le sens de l'obstacle leur manque, c'est parce qu'ils ne le développent pas. L'aide réciproque que nos sens se prêtent, empêche le développement de chacun d'eux, écrivit Diderot.

M. Roger Dupouy. — Il m'a semblé qu'en opposition avec l'immobilité faciale, la gesticulation des aveugles était plus grande que celle d'un clairvoyant, du moins chez les maniaques. N'est-ce pas dû au fait que leur sens de l'obstacle affine leurs mouvements ?

M. Georges Dumas. — Oui, mais c'est dû surtout à l'absence de sensibilité articulaire dans la face. C'est la sensibilité articulaire qui nous renseigne sur la situation de nos membres dans l'espace. La résistance du sol nous renseigne également sur la situation de nos membres inférieurs. Aucun renseignement de cette sorte ne nous est fourni pour la face.

M. Aug. Ley. — Le principe de la méthode employée à Bruxelles pour apprendre aux sourds-muets à parler est celui de la substitution d'un enseignement synthétique à un enseignement

analytique. Au lieu de commencer par faire épeler des lettres, puis prononcer des syllabes, puis répéter des mots et enfin dire des phrases, on commence par leur faire répéter des phrases. Cette méthode, qui stimule l'imitation et produit les beaux résultats signalés par M. Dumas, a été inventée par Herlin.

M. WALLON. — Une sourde-muette, fille de parents très intelligents (le père était professeur et la mère directrice d'école) passa naguère à la Sorbonne une thèse d'agrégation. Il paraît, m'a-t-on dit, que pour la soutenir, il lui arrivait de ne pas toujours comprendre sur les lèvres du juge ses interrogations. La mère servait alors d'intermédiaire pour la question et la candidate répondait toute seule.

M. Th. SIMON. — D'une façon générale, les sourds-muets sont d'un niveau mental très inférieur à celui des aveugles-nés. Ceux qui arrivent à parler le mieux sont ceux qui ont été élevés dans leurs familles. Si la méthode d'Herlin n'est pas employée à l'Institut des sourds-muets de Paris, elle l'est à l'Ecole des sourds-muets d'Asnières. C'est donc aux anciens élèves de celle-ci qu'il faudrait s'adresser pour étudier le psychisme des sourds-muets.

M. Georges DUMAS. — La psychologie des sourds-muets et des aveugles n'a presque pas été étudiée, et pourtant elle serait très intéressante. L'aveugle a sur le sourd la grande supériorité de posséder le mot avec toutes les conditions qu'il comporte pour l'acquisition de l'idée générale. Mais toutes choses, égales d'ailleurs, il y a une différence énorme, surtout pour ce qui concerne la mimique, entre d'une part les sourds ou les aveugles de naissance et d'autre part les sourds ou aveugles d'acquisition. Il suffit que ces infirmes aient vu ou entendu pendant quelques années seulement pour avoir acquis par l'imitation de leur entourage une mimique vocale ou motrice qu'ils n'utiliseront peut-être plus spontanément après leur infirmité, mais qu'on pourra aisément réveiller chez eux. La mimique n'est, comme le dit son nom d'ailleurs, qu'une imitation. Et pour pouvoir imiter un son, il faut l'avoir entendu, comme pour pouvoir imiter un jeu de physionomie il faut l'avoir vu. Les muscles des cordes vocales sont des muscles striés comme ceux de la face et comme tels aussi aptes qu'eux à obéir à la volonté. Les sourds et aveugles de naissance qui n'ont jamais entendu ou vu d'autres hommes ne savent pas et ne peuvent pas mimer. Point n'est besoin de comprendre pour bien imiter : témoin le bambin qui récite avec une intonation admirable des fables dont il ne saisit pas le sens.

Du délire onirique au délire d'interprétation,
par M. F. ACHILLE-DELMAS.

Voici d'abord résumée l'observation d'un malade qu'un transfert brusque dans un asile de province m'a empêché d'amener devant vous comme j'en avais le projet.

Homme de 37 ans. Malingre et souffreteux toute son enfance et pour cette raison éduqué dans le milieu familial. Dès son adolescence associé au travail de son père, commissaire-priseur ; d'intelligence très moyenne, mais non débile, présentant quelques troubles de l'humeur et du caractère, sous forme de timidité, pusillanimité et susceptibilité orgueilleuse, il est capable d'être un collaborateur honorable, mais non d'assumer une responsabilité et une initiative personnelles. Pris de goût pour l'équitation, il fait pendant plusieurs années beaucoup de cheval et prend part à des rallyes dans la forêt de Fontainebleau près de laquelle il habite. Réformé pour gracilité, il est récupéré pendant la guerre dans le service auxiliaire et fait un service régulier et honorable. Après la guerre, son père ayant pris sa retraite, il mène une vie assez oisive ne s'occupant guère que de jardinage. Vers trente-cinq ans, décidé à faire de l'agriculture, il va chez des parents qui ont une exploitation agricole ; échec de cet essai, parce qu'il n'a aucune donnée de la profession. Il décide de chercher un centre d'instruction agricole et en juin 1931, se rend en Bourgogne dans une école d'agriculture. En raison de son défaut d'entraînement, il est convenu qu'il vivra d'abord à l'hôtel, ne se rendant au travail que l'après-midi. Ce garçon ne buvait chez lui que de l'eau, et menait une vie très calme et très oisive. Il arrive dans une période chaude, fait 16 km. par jour pour se rendre de son hôtel à la ferme, fait un travail pénible et inaccoutumé et pense par surcroît devoir se soutenir en buvant du vin aux repas et en dehors des repas. Au bout de quinze jours, apparaît chez lui un délire onirique des plus caractéristiques : anxiété, hallucinations visuelles, réactions pantophobiques pendant deux nuits dans son hôtel. En raison de ces troubles, on décide de le garder à la ferme-école. Il couche dans un dortoir au milieu d'une vingtaine d'élèves ; grande agitation onirique toute la nuit, se croyant poursuivi par deux individus qu'il aperçoit aux fenêtres, sous les lits, etc... Au matin on décide de le ramener chez lui à 150 km. de là. Il ne veut point partir à la gare du pays, de peur d'être suivi. On le transporte à une gare éloignée dans une auto découverte ; il se couche dans le fond de l'auto pour ne pas être vu et reconnu ; à la gare, dans le train et jusqu'à la porte de son domicile il voit des ennemis, des complices de tous les côtés. Au bout de 48 heures, l'anxiété, les troubles psychosensoriels disparaissent, mais il conserve des convictions fixes sous forme de délire post-onirique et des craintes anxieuses assez grandes

pour entretenir des interprétations fausses au sujet des allées et venues des personnes et des voitures qu'il voit de ses fenêtres. A ce moment la famille, pensant bien faire, fait intervenir le commissaire de police de la ville qui est un ami et qui lui promet qu'il met des agents de la sûreté pour surveiller sa maison et le protéger. A ce moment aussi le médecin de la famille fait venir un spécialiste qui confirme les assurances du commissaire et ajoute qu'on a arrêté et mis en prison les deux principaux acteurs du complot qu'il a dénoncés. Au cours de l'examen médical, le spécialiste fait remarquer à son confrère que le malade a une tête brachycéphale, ce qui frappe et vexe énormément le malade. Dans les mois qui suivent, l'anxiété se porte sur la crainte que les amis des persécuteurs ne veuillent venger ceux qu'on a emprisonnés ; le malade ne veut sortir qu'accompagné ; il a des interprétations incessantes croyant avancer sans cesse au milieu de gens dont les uns sont les agents qui le protègent, les autres les complices de ses ennemis. Chez le coiffeur, il s'aperçoit qu'on touche sa tête et qu'on fait observer qu'il est bien brachycéphale. Il finit par ne plus vouloir sortir et par incriminer les réticences, les contradictions et tous les faits et gestes des membres de sa famille et des domestiques. Il croit qu'on le soumet à des épreuves. Il finit par reconnaître dans les journaux ou les livres des allusions à son cas, et renonce à lire.

C'est alors que le malade nous est amené, en février 1932 ; il présente un délire d'interprétation des plus nets, dont l'enchaînement se poursuit sans discontinuité depuis la période onirique du mois de juin 1931 (8 mois d'évolution), et qui a ainsi tous les caractères d'une Psychose post-onirique. Nous pensons devoir tenter une psychothérapie active, en révélant au sujet la nature de son délire onirique initial, et les allégations fausses de la famille, du commissaire et du psychiatre qui ont seulement voulu le rassurer par ce procédé ; nous faisons intervenir une confrontation avec la famille pour reconnaître et affirmer devant lui la vérité. Echec complet de cet essai de redressement tardif. Le délire continue à évoluer n'ayant plus rien d'onirique depuis longtemps, et ayant acquis tous les caractères d'un délire d'interprétation paranoïaque très actif, vraisemblablement chronique et incurable.

Deux points nous ont paru intéressants dans cette observation.

Le premier, c'est la critique de la thérapeutique qui est intervenue au moment du réveil de la phase onirique. La famille, le commissaire de police, les médecins ont fait semblant de partager le délire du malade ; ils l'ont confirmé et enrichi par les allégations d'arrestation des persécuteurs, d'interventions d'une protection policière, etc..., ce sont aujourd'hui des preuves certaines pour le malade ; nous n'avons pu les lui faire redresser après huit mois d'interprétations surajoutées. N'est-ce point là une thérapeu-

tique dangereuse ? Ne peut-on incriminer sa responsabilité dans le développement d'un délire post-onirique ? Voilà les réflexions que je vous soumets au sujet de la psychothérapie des phases de réveil des délires oniriques.

Le deuxième point a trait au mécanisme de l'efflorescence des constitutions. Voici un sujet doté d'une constitution paranoïaque certaine, mais légère ; cette constitution, bien qu'elle ait partiellement gêné l'adaptation jusqu'à 37 ans, n'avait pas donné lieu à des réactions psychopathiques formelles ; or, à l'occasion d'un délire toxique onirique, la prédisposition subit un coup de fouet et fait verser le sujet dans une psychose paranoïaque confirmée. C'est là un des modes d'efflorescence de la constitution. Ce mode est sans doute assez rare ; nous n'en avions pas en tout cas connus d'analogues quand nous avons présenté notre rapport sur les Psychoses post-oniriques au Congrès de Strasbourg. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de vous le signaler.

M. Courbon. — Dès qu'un délire se présente comme l'aboutissant d'un raisonnement établi sur des faits réels, on conclut habituellement que le sujet est un paranoïaque. Et dans le langage psychiatrique, délire d'interprétation est devenu synonyme de délire paranoïaque.

C'est là une confusion regrettable. Tous les interprétants n'ont pas la constitution orgueilleuse et méfiante du paranoïaque, qui rapporte tout à lui. Il y aurait intérêt à employer deux mots différents, comme je me suis efforcé de le démontrer dans une communication avec mon interne Rondepierre (*Société clinique de médecine mentale,* juin 1928) pour désigner deux phénomènes différents.

On doit distinguer d'une part : l'*interprétation* qui se présente comme une justification de la susceptibilité orgueilleuse du sujet, dont la personnalité est si hypertrophiée que tout déterminisme d'un événement lui semble passer par elle. Cette interprétation est en soi une manifestation pathologique. Elle est l'expression d'une affectivité égocentrique. Les systèmes qu'elle donne sont fixes. Le pronostic est mauvais. Il s'agit de paranoïa.

D'autre part : l'*explication* qui se présente comme l'application précipitée du principe de causalité. Cette explication erronée n'a en soi rien de pathologique. Elle est l'expression à la fois du besoin de comprendre inhérent à tout être intelligent et de la faillibilité à laquelle est exposée l'intelligence humaine. Les systèmes qu'elle donne sont sans fixité. Le pronostic est bon. Il ne s'agit pas de paranoïa.

M. Achille Delmas. — La distinction faite par M. Courbon est exacte. Et habituellement les délires par idée fixe post-onirique ressortissent au mécanisme de l'explication ; ils sont curables car le sujet qui les présente n'avait pas la constitution paranoïaque. L'intérêt du cas actuel réside au contraire dans le fait qu'il s'agit d'un délire ressortissant au mécanisme de l'interprétation, car il s'agit d'un sujet dont l'orgueil et la susceptibilité furent de tous temps les caractères essentiels de la mentalité. A la suite de l'intoxication qui provoqua l'épisode onirique, sa constitution paranoïaque s'est épanouie en psychose.

Etude seméiologique de quelques épreuves d'adresse,

par MM. Th. Simon et P. Larivière.

Nous présenterons d'abord le matériel qui nous a servi. Nous exposerons ensuite quelques résultats de son usage.

I

Le matériel comprend une tour, des pierres dressées et un genre de tables.

Un même support sert à l'ensemble. C'est un socle triangulaire où sont encastrés deux niveaux d'eau et dont la surface peut être placée rigoureusement horizontale sur quelque table que ce soit, grâce à deux vis servant de pieds.

La tour que nous demandons d'élever se composera d'une série de fragments cylindriques en bois de 2 cm. de diamètre et de 37 mm. de haut. Elle aura une hauteur variable selon le nombre de fragments qu'on pourra superposer. Signalons en passant que la difficulté de fabrication consiste à assurer l'horizontalité des surfaces terminales des fragments par rapport à leur axe. Le constructeur (1) nous a dit avoir atteint comme précision le dixième de millimètre. Lorsqu'on monte la tour fragment par fragment, on constate une oscillation progressive qui, vers le 15e fragment, peut atteindre une amplitude de un centimètre environ sans que la chute ait lieu pour cela. La construction représente donc un mélange assez curieux de solidité et de fragilité.

Voici maintenant des cylindres de 8 mm. de diamètre et de longueurs variables, à peu près 10, 15, 20, 25, 30 et 35 cm. Nous

(1) W. Denise (à Senlis) que nous tenons à remercier ici très chaleureusement.

demandons qu'on les place debout sur cette pierre plate, que nous disposons sur le socle précédent.

Le même matériel peut servir à l'exercice suivant. Ayant disposé notre pierre plate dans un sens perpendiculaire au précédent, et de telle manière qu'une extrémité déborde légèrement la table, nous plaçons à 1 cm. de l'autre extrémité le cylindre le plus court et nous prions le sujet que nous examinons, saisissant la pierre entre le pouce et les autres doigts, de soulever pierre et cylindre au-dessus du socle, et de le maintenir un instant soulevé sans faire tomber le cylindre que nous avons placé au bout.

Voici enfin d'autres fragments de colonne de 13 à 14 mm. de diamètre et de 3 cm. de haut, et des palets de 67 mm. de diamètre. Il s'agit de placer un palet sur un cylindre, puis de nouveau un cylindre, et un palet et ainsi de suite, ce qui donne finalement une construction d'assez joli effet.

Aux palets précédents qui donnent une table ronde, on peut substituer d'autres surfaces triangulaires ou ovoïdes. Malheureusement, nous ne disposons jusqu'ici que de surfaces en bois et elles sont un peu légères. On peut enfin faire poser les palets sur l'un ou l'autre des longs cylindres étroits dont nous avons parlé tout à l'heure.

Ajoutons que nous faisons faire ces exercices d'une seule main et, pour la tour par exemple, nous demandons au sujet qu'il pose fragment après fragment sans toucher aux fragments inférieurs. On peut constater en effet une tendance à prendre à la fois deux fragments voisins pour mieux affronter leur surface de contact, ce qui facilite le travail. Ce que nous demandons exige plus de délicatesse du geste et plus de précision.

II

Relativement à l'usage nous ferons une première remarque qui a bien sa valeur. Le matériel plaît et les exercices que nous venons d'indiquer sont généralement bien accueillis. On imagine aisément qu'il en soit ainsi pour des enfants, mais, en fait, des adultes s'y prêtent avec la même bonne volonté et nous dirions presque avec le même plaisir.

Voyons donc les résultats. Nous ne ferons aujourd'hui que des allusions à ce qu'on observe chez des sujets normaux et passerons exclusivement en revue les essais que nous avons faits avec des malades de notre service. Nous ne parlerons d'abord que de l'épreuve de la tour, que nous avons plus particulièrement expérimentée.

Avec les *arriérés* la première difficulté est de se faire comprendre. La préposition « sur » n'a pas toujours de sens. Les malades posent les fragments les uns à côté des autres ou font deux ou trois colonnes... Il va de soi que ce n'est là toutefois un obstacle insurmontable que si l'on a à faire à des imbéciles profonds. Habituellement un exemple en triomphe, et, l'imitation aidant, le travail une fois commencé se poursuit ensuite sans qu'on ait besoin d'intervenir.

Deuxième point : Ces malades centrent mal. Ils affrontent mal les surfaces de contact des fragments successifs, ils n'y apportent pas de soin, ils posent les fragments un peu au petit bonheur... Les plus inférieurs paraissent n'avoir aucune notion de l'équilibre. Kœhler avait noté ce fait chez les singes supérieurs, à qui l'on donne à accumuler des caisses les unes sur les autres. Les imbéciles profonds posent de même un fragment sur l'autre en ne recouvrant que très partiellement le fragment inférieur, en sorte que l'équilibre n'est pas maintenu longtemps.

Enfin il n'est pas malaisé de distinguer à l'occasion d'une épreuve de ce genre, — et en plus des échecs pour les réponses que nous venons de citer, — des préhensions très gauches et des maladresses de pose qui sont alors d'ordre moteur ; parfois du tremblement.

Les malades qui ressemblent le plus aux imbéciles, dans leur manière de se comporter, sont les *paralytiques généraux.* Ils ne saisissent souvent pas davantage ce qu'on leur demande, et, comme les imbéciles, posent fréquemment les fragments qu'ils prennent sur les vis de calage ou sur les niveaux d'eau...

Malgré une bonne volonté charmante ils n'apportent pas habituellement plus de soin au centrage, et, comme il existe en outre fréquemment chez eux un tremblement plus ou moins prononcé, le résultat n'est pas habituellement bien satisfaisant. C'est un tremblement saccadé qui ébranle souvent la colonne déjà construite lorsqu'ils posent un nouveau fragment ou qui la tire en retirant la main pour lâcher ce dernier. Ou bien c'est encore un geste tout à fait intempestif... La prise elle-même, chose curieuse, est parfois altérée.

Et puis, bien entendu, on retrouve les manifestations habituelles de la paralysie générale : la satisfaction avant l'action : « Oh, je suis forte, moi... Je vois clair... » ; ou bien, dès que la colonne a 3 ou 4 fragments : « Y en a beaucoup ! je crois... » ; — et l'irritabilité après l'échec, irritabilité qui se traduit par des réflexions plus ou moins piquantes : « Il faudra en acheter de

plus gros !... » ou simplement par une exclamation classique, parfois aussi par un refus net de recommencer l'épreuve.

Les *déments séniles* sont gênés tout à la fois par leurs déficiences sensorielles et la maladresse, le manque de souplesse de leurs mouvements. Leur adaptation est souvent mauvaise malgré leurs précautions apparentes, et, en dépit de leurs lunettes, ils centrent habituellement fort mal. Ils sont lents. Certains prennent, quand ils échouent, un air malheureux fort touchant.

Chez les *alcooliques* c'est, bien entendu, le tremblement qui est le fait dominant. Eux-mêmes ne peuvent s'empêcher de le remarquer: « Ce que je tremble ! » disent-ils... Mais bien entendu aussi, c'est à les entendre un tremblement tout occasionnel : ils sont énervés... ; s'ils étaient seuls, ils trembleraient moins... Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on recueille cet aveu: « Je ne devrais jamais boire de vin blanc !... »

Les plus aigus ne dépassent pas 4 à 5 fragments. Ils impriment de telles secousses à la colonne déjà dressée en posant le fragment qu'ils tiennent qu'elle s'écroule. Ce sont principalement les à-coups, leurs contractions sans mesure qui les empêchent d'aboutir.

Il arrive qu'ils se prêtent à l'épreuve et l'exécutent sans cesser d'être en proie à des troubles sensoriels et d'entendre insultes ou menaces, mais il est particulièrement pittoresque de les voir reprendre leur travail entre deux frayeurs et deux appels au secours. Quelques-uns délirent sur l'objet même : « Il y a quelque chose de caché en-dessous... Y a de l'électricité là-dedans. »

L'amélioration des résultats accompagne la convalescence.

Des malades en état de *confusion hallucinatoire* (psychoses puerpérales ou d'autre origine) opèrent comme machinalement. Ils continuent à prononcer des phrases entrecoupées ayant trait à leurs préoccupations, et ils restent plus absorbés que les alcooliques dont nous venons de parler. Mais leurs mains travaillent malgré cela. Seulement elles travaillent avec des intermittences, s'interrompant pour d'autres gestes ; elles placent un fragment, puis elles l'enlèvent, elles le posent à côté, elles le reprennent, elles portent tel fragment d'abord au front ou à la bouche, lentement et comme en rêve. Parfois, de brusques réveils et des énervements : « Nom d'une pipe, on verra bien !... » Lorsque la chute se produit, le visage se contracte douloureusement, ou, plus souvent, reste impassible, et le malade ne montre pas plus d'activité pour ramasser les fragments éparpillés.

Tout *maniaque* se calme à ce jeu, mais il ne perd pas pour cela ses caractères. Le maniaque opère tout en parlant et sans épargner les réflexions, soit à côté, soit à propos : « Oh là-là..., çà va faire du bruit ! C'est amusant ce truc-là. C'est la colonne Vendôme... Ça va être un gratte-ciel !... Oh ben, mince, moi je ne suis pas employé au cirque, vous savez !... » Le maniaque opère même en chantant. Et, naturellement, le travail s'en ressent, le centrage n'est pas parfait. La présence est loin d'être complète. Et si, le plus souvent, le malade montre de la vivacité, pose avec assurance, parfois même avec quelque brutalité, — ce qui n'améliore pas encore l'exécution, — il arrive aussi qu'il opère avec mollesse, le coude gauche sur la table soutenant sa tête, et qu'il se dit sans force, accentuant ce caractère mixte si curieux qu'on observe dans certaines formes de folie maniaque-dépressive !

Enfin la mobilité de l'humeur se traduit par ce fait qu'un échec le rebute facilement : « Ça m'a tombé sur le nez, je ne marche plus... Ah non, vous dis-je, quand j'ai dit non, c'est non... C'est bien à vous à présent ; à votre tour ! » Il repousse le jeu, il serre les vis à force... Il est temps d'interrompre.

Quelques *mélancoliques* s'animent un peu à cet exercice et sourient ; d'autres implorent : « Ah ! je ne suis pas un enfant, Docteur... Ayez pitié de moi !... » Quand ils agréent (qu'est-ce que vous me faites faire !) ils exécutent le travail sérieusement, précautionneusement, sourcils froncés, gênés parfois par un tremblement émotionnel sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. L'échec les fait prêts à pleurer, un peu inquiets aussi (peur de casser), provoque des soupirs..., mais ils continuent de montrer malgré cela une application satisfaisante.

Avec eux il semble qu'on obtienne ou tout, ou rien, nous voulons dire soit un refus, soit un effort, — lequel se marque généralement par un progrès lorsqu'on fait trois épreuves successives.

On pouvait hésiter à proposer ces jeux à des *persécutés*. Leur susceptibilité n'allait-elle pas se cabrer à une offre de ce genre ? Aussi bien jugent-ils d'un peu haut : C'est un vrai jeu d'enfants !... Mais le jeu les amuse. Et leur amour-propre achève de nous servir : « J'ai encore la main juste ! » remarque une persécutée un peu âgée... « Il ne s'en manque que d'un fil », déclare une autre... C'est pour eux une occasion de plus de démontrer leur intégrité mentale, et, de fait, leur exécution diffère peu de celle des normaux.

Nous n'avons pas examiné de cette manière assez de déments précoces pour en tirer conclusion et nous terminèrons cette partie par *deux remarques générales.*

La première concerne *le tremblement émotionnel.* Menu, rapide, rappelant de tous points celui du goitre exophtalmique, sauf peut-être une ampleur plus grande, ce qui frappe surtout à son sujet, est l'habileté des malades, non pas à le corriger, mais à l'empêcher de nuire. Le fragment à poser est présenté avec un tremblement souvent très accentué, mais il est posé d'un coup, comme entre deux secousses, par un geste tout à la fois décisif et prudent, sans que le tremblement se communique à la colonne entière.

En second lieu on peut voir qu'à l'exception de quelques types supérieurs, mélancoliques et persécutés, *la plupart des aliénés se montrent, comme de coutume, diminués* même à l'occasion de ces épreuves simples. C'est qu'en effet des facteurs multiples, sur lesquels nous reviendrons ailleurs, interviennent pour assurer le succès : attention, réflexion, calme, précision et délicatesse du geste, etc., et il est bien rare que l'aliénation n'atteigne pas l'un ou l'autre de ces facteurs, quand ce n'est plusieurs.

III

Maintenant, quelle est l'utilité des autres dispositifs ; la voici en quelques mots. Ils ne sont pas nés au hasard.

Nous avions commencé par la tour. Il n'est pas malaisé de voir qu'elle est jusqu'à un certain point de construction trop stable, et, le fait de poser et de lâcher paraissant l'acte difficile, nous avons essayé d'aggraver cet obstacle par un jeu de bâtonnets, qu'il faut aussi présenter verticalement tandis que la tour supporte d'être penchée... A l'expérience ce jeu a présenté un autre avantage. Il exige plus de patience. L'échec y a quelque chose d'agaçant, et, si la difficulté que présente le jeu pour certains malades constitue pour eux une jolie épreuve de persévérance, on est témoin aussi de manifestations d'énervement : certains malades frappent sur la tablette le bâtonnet qui ne tient pas, ils le frappent de plus en plus fort, ou même l'interpellent et le tutoient...

D'autre part, puisque les conditions d'équilibre ne paraissent pas conçues par certains sujets avant la construction à laquelle ils procèdent, il était donc intéressant de vérifier le fait par des dispositifs où l'identité de forme des surfaces n'intervienne pas.

De là le jeu des tables. Poser un palet n'exige pas sans doute

un centrage parfait ; cependant il ne faut pas non plus un décentrage trop accentué. De plus édifier cylindres et palets en ordre alterné sur une certaine hauteur réclame aussi un posé d'emblée assez juste pour ne pas ébranler les articulations successives du jeu. Des surfaces de formes différentes et notamment asymétriques ramènent aux conditions d'équilibre d'après le centre de gravité. Il est en même temps curieux de constater comment, sans notions théoriques, le succès s'obtient par des tâtonnements successifs, parfois méthodiques, parfois conduits tout à fait au hasard. Ces manœuvres exigeant de toutes façons attention, observation, corrections successives, ce sont, bien entendu, les arriérés et les affaiblis de l'intelligence qui accumulent ici les échecs.

Au contraire les tremblements sont la plus grosse difficulté de l'épreuve que nous pourrions appeler épreuve du bougeoir, où il s'agit d'enlever un bâtonnet par l'intermédiaire d'une planchette.

Enfin nous vous avons dit tout à l'heure avec quelle habileté les personnes victimes d'un tremblement émotionnel arrivent à en éviter les effets. Ce n'est pas toutefois une chose toujours possible. Il y a des épreuves qui exigent un maintien trop prolongé de l'immobilité pour qu'on puisse les exécuter entre deux secousses. De ces épreuves, la plus typique dans notre série est celle qui consiste à poser un palet à l'extrémité supérieure d'un cylindre un peu long et de petit diamètre.

Vous voyez à peu près toute la variété d'observations que permettent ces épreuves, tant sur l'attitude du sujet que sur ses aptitudes motrices. Elles sont une occasion pittoresque sinon classique de voir *agir* nos malades ; et c'est à ce titre que nous avons cru pouvoir vous les présenter ici.

M. Heuyer. — Avec mon collaborateur Weill, j'applique depuis 2 ans une série de 8 tests moteurs différents pour l'orientation professionnelle des enfants débiles mentaux. Notre expérience porte déjà sur plusieurs centaines de cas. Prochainement, nous exposerons les résultats que nous avons obtenus.

Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales, par MM. C. PARHON et Mlle Gherta WERNER.

Dans un travail récent (1) sur le signe de Chvostek, où nous constations que les formes légères de ce phénomène vont en général de pair avec une calcémie normale, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas dans de pareils cas une perturbation du rapport K : Ca. Nos recherches, qui ont porté en grande partie sur des aliénés, nous ont montré en effet que ce rapport se trouve généralement augmenté chez les malades qui présentent le signe de Chvostek. Cela arrive également dans la tétanie.

Comme, d'autre part, des troubles variés de l'excitabilité nerveuse sont de règle chez les aliénés et que cette excitabilité se trouve régie par l'équilibre calcium-kalium, il nous a semblé intéressant d'étudier la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales.

Déjà antérieurement (2), l'un de nous, avec Mme Marie Stefa-

DIAGNOSTIC	N° DES CAS	OSCILLATIONS			MOYENNES		
		Ca	K	K : Ca	Ca	K	Ka-Ca
Schizophrénie..	19	0,97 -0,117	0,160-0,226	1,48-2,16	0,105	0,190	1,85
Manie	7	0,104-0,120	0,177-0,266	1,61-2,03	0,111	0,211	1,88
Mélancolie.....	6	0,087-0,112	0,164-0,194	1,70-2,06	0,102	0,187	1,87
Epilepsie	13	0,095-0,115	0,160-0,207	1,41-1,96	0,107	0,178	1,66
Paralysie générale.....	6	0,083-0,105	0,170-0,238	1,71-2,32	0,978	0,200	2
Idiotie.....	9	0,105-0,118	0,150-0,224	1,36-1,93	0,111	0,184	1,66
Alcoolisme.....	2	0,104-0,110	0,177-0,184	1,62-1,70	0,108	0,180	1,66
Démence sénile.	1	0,112	0,196	0,174			
Confusion mentale.....	1	0,110	0,197	0,179			
Psychose de lactation.....	1	0,106	0,207	1,95			
Nous ajouterons aux cas précédents 5 cas de tabès	5	0,105-0,116	0 186-0,251	1,75-2,16	0,108	0,212	1,96

(1) Congrès international de Neurologie, Berne 1931.
(2) Congrès de Liége, 1930.

nescu Dragomireanu, étudia la calcémie chez les aliénés où elle fut trouvée normale le plus souvent.

Dans cette note, nous avons étudié chez nos malades, en même temps la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca.

Voici le résumé de ces recherches, qui ont porté sur 65 cas appartenant aux deux sexes.

Si l'on tient compte des résultats qui précèdent, on observe que les moyennes pour la calcémie vont en augmentant dans l'ordre suivant : Paralysie générale, 0,978 ; mélancolie, 0,102 ; schizophrénie, 0,105 ; épilepsie, 0,107 ; alcoolisme, 0,108 ; manie et idiotie, 0,111.

Pour la potassémie, on trouve dans le même ordre les moyennes suivantes : épilepsie, 0,178 ; alcoolisme, 0,180 ; idiotie, 0,184; mélancolie, 0,187 ; schizophrénie, 0,190 ; paralysie générale, 0,200 ; manie, 0,211.

Enfin le rapport Ka : Ca alla en augmentant dans l'ordre suivant : épilepsie, alcoolisme, idiotie (1,66) ; schizophrénie, 1,85 ; mélancolie, 1,87 ; manie, 1,88 ; paralysie générale, 2.

La signification de nos constatations reste à l'étude. Signalons, parmi les faits observés par nous, la faible valeur de la calcémie dans la paralysie générale, qui va de pair avec un chiffre plutôt grand de la potassémie. Cette dernière est surtout élevée dans la manie.

Dans la littérature médicale qui nous a été accessible, nous trouvons à citer le récent travail de Tuter et Weiland (1) qui se sont occupés de la même question.

Mais, parmi les psychoses, ils n'ont pratiqué des dosages du Ca et du K, du sang que dans la schizophrénie et l'épilepsie et leurs résultats ne concordent pas trop bien avec les nôtres.

La question devra être étudiée sur un grand nombre de cas pour chaque maladie mentale.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le Secrétaire des séances,
Paul COURBON.

(1) *Zeitschrift f. die gesamten Neurologie und Psychiatrie,* T. 122, fasc. 5, 1929.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Juin 1932

Présidence : M. LÉVY-VALENSI, président

Recherches anatomo-pathologiques sur un cas de soi-disant angiome calcifié des méninges, par M. Knud KRABBE (de Copenhague).

Etude de cas de calcifications méningées indépendantes des vaisseaux. Il s'agit ici d'une calcification d'une troisième et quatrième couche corticale.

Sur la surdité verbale pure, par M. Von MAYERDORF (de Leipzig).

Observation anatomo-clinique d'une femme de 45 ans chez qui s'installa progressivement une surdité verbale pure, sans anarthrie. Après la mort par hémorragie du pancréas, l'examen anatomique révéla la présence de lésions atrophiques très limitées de la temporale transverse et de la deuxième temporale gauches, la dégénérescence du faisceau de Turck. Ce cas rappelle ceux de Schuster, de Potzl, de Heuschen. L'atrophie débuta dans la substance blanche et s'étendit à l'écorce. La surdité verbale dépend donc. comme Wernicke l'a montré, d'une altération sous-corticale.

Les leucodystrophies familiales. Etude anatomo-clinique d'une famille atteinte de maladie de Schilder, par MM. Ludo VAN BOGAERT (d'Anvers) et I. BERTRAND.

Il s'agit d'une dégénérescence myélo-axonale corticipète, avec altération incomplète des lipoïdes.

Pour M. Bielchowski, ce serait une dystrophie névroglique, anabolique et catabolique.

Myopathie et maladie de Dercum, par M. Paul Cossa (de Nice).

L'auteur relate l'association, chez une même malade, d'une myopathie à double localisation facio-scapulo-humérale et lombo-pelvienne, puis d'un syndrome de Dercum. S'agit-il d'un syndrome double d'origine commune mais inconnue ou d'une coexistence fortuite ? L'auteur pose la question sans y répondre.

Une méthode facile et sûre pour l'imprégnation sur blocs de la névroglie protoplasmique, par M. Lugaro (de Turin).

Cette technique permet de colorer aussi l'appareil mitochondrial. Elle colore indistinctement la macroglie et la microglie.

Considérations sur les résultats éloignés de la chirurgie et de la radiothérapie des tumeurs cérébrales, par M. Christophe (de Liége).

L'auteur, après avoir relaté plusieurs améliorations éphémères sans ablation, demande qu'on ne publie que des résultats éloignés, avec tumeurs vérifiées, dans les cas de soi-disant guérisons, par ablation ou radiothérapie, de tumeurs du cerveau.

Le repérage ventriculaire, par M. Laruelle (de Bruxelle).

Pour éviter la pratique de la ventriculographie de Dandy, difficile et dangereuse, l'auteur a mis au point une méthode permettant le repérage des ventricules par une méthode simple, sans danger, qui consiste en l'injection d'air par voie lombaire dans le liquide céphalo-rachidien. Il présente des clichés extrêmement démonstratifs, obtenus après injection d'une très petite quantité d'air.

Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves manométriques du liquide céphalo-rachidien, par MM. Henri Roger, Y. Poursine et J. Alliez.

En vue du diagnostic différentiel souvent difficile entre sclérose en plaques et arachnoïdite, les auteurs ont étudié dans la sclérose en plaques les modifications de la tension du liquide céphalo-rachidien lombaire que déterminent les compressions jugulaire et abdominale. La différence de niveaux avant et après la compression jugulaire est moins élevée que chez l'individu normal ; l'ascension et surtout la descente sont moins rapides. Ces épreuves se rapprochent par certains côtés de celles des blocages incomplets de certaines arachnoïdites kystiques. Par contre, la compression abdominale ne produit dans la sclérose en plaques qu'une élévation très discrète de la tension lombaire. Les auteurs se demandent s'il n'y a pas plus souvent qu'on ne le croit, dans la sclérose en plaques, un processus d'arachnoïdite diffus et discret.

Cinq cas de syndrôme de Guillain-Thaon, par MM. Nayrac et Lassure.

Les auteurs rapportent cinq cas (dont quatre avec autopsie) de syphilis diffuse du névraxe. Ce syndrome rare (il n'en existe guère qu'une dizaine d'observations publiées antérieurement) est un ensemble complexe de signes

empruntés à la paralysie générale, à la myélite spécifique et au tabès. Anatomiquement, on trouve des lésions diffuses de méningo-encéphalite et de méningo-myélite, mais les dégénérescences fasciculaires médullaires ne réalisent jamais dans sa pureté l'image du tabès. Le pronostic est sombre ; la chimiothérapie est restée sans résultats, et l'état des malades n'a pas permis aux auteurs de tenter l'impaludation.

La polynévrite apiolique, par M. Henri ROGER.

A l'occasion d'un cas personnel et à l'aide de travaux récemment parus en Hollande, en Yougoslavie et en Allemagne, sur de véritables épidémies de polynévrites consécutives à l'injection d'apiol (dans un but abortif), l'auteur précise les caractères de cette polynévrite : incubation d'une quinzaine de jours, prédominance à peu près exclusive des troubles aux extrémités, caractère purement moteur, abolition des réflexes achilléens et conservation des rotuliens, longue durée de la maladie. Il rappelle que Van Itallie a montré que l'intoxication n'est pas due à l'apiol, mais à une substance qui sert à falsifier l'apiol : l'éther triorthocrésylphosphorique.

Le tonus postural de l'homme est en partie régi par des réflexes conditionnels. La rigidité de vigilance en dépend, par MM. FROMENT et SPINDLER.

Les auteurs montrent que l'homme normal debout à l'angle d'une table très stable, le dos au vide, un bandeau sur les yeux, présente dans la règle une rigidité de vigilance inconsciente que décèle le test du poignet. Le tonus postural est donc bien régi, chez l'homme, par des réflexes du type conditionnel.

L'insécurité statique sans déséquilibre ni émotion, alerte inconsciemment la musculature posturale et exhausse parfois notablement le métabolisme d'un homme debout, par MM. FROMENT, CUCHE et SPINDLER.

Les auteurs montrent que le métabolisme d'un homme debout est très différent suivant qu'il est debout, les yeux fermés sur le sol ou à l'angle d'une table, le dos au vide. Dans ce dernier cas, ils ont observé 4 fois sur 5 un taux dépassant de 9 à 20 0/0 celui de la station debout sur le sol. Bien que l'équilibre soit le même dans les deux cas, l'insécurité a suffi à alerter la musculature posturale, et, la mettant sur ses gardes, a notablement augmenté le travail de stabilisation.

Jean TUSQUES.

Société française de Psychologie

Séance du 19 mai 1932

Présidence : M. René CHARPENTIER, vice-président.

L'action régulatrice du Sympathique sur la sensibilité, par A. TOURNAY.

Après un bref regard en arrière, A. Tournay expose l'expérience fondamentale sur laquelle portera sa tentative d'interprétation : la résection d'une partie de la chaîne sympathique détermine des phénomènes d'hyperalgésie dans le territoire intéressé ; découvert par Cl. Bernard, répété en 1913 par Dusser de Barenne (1), le fait est incontestable.

Faut-il y voir, avec Leriche, Ch. Foix, et Cl. Bernard lui-même, un effet secondaire aux effets circulatoires et caloriques de la section du sympathique ? Dans un cas de Ch. Foix, on observait la suspension de la douleur par la compression de l'artère, et par la ligature sa suppression. Mais en règle générale, on voit, malgré l'atténuation des effets vaso-moteurs et caloriques, persister les effets douloureux. Des expériences pharmacodynamiques s'opposent également à cette interprétation.

Pour Tournay, il faut recourir à une autre hypothèse : le sympathique exercerait sur la sensibilité une action régulatrice, comparable à l'action renforçatrice qu'il exerce sur la contraction musculaire en voie d'épuisement. Förster a mesuré, chez des humains à déficit sympathique cervical, un abaissement marqué des chronaxies sensitives. La clinique donne des résultats comparables dans les cas de causalgie récents.

DISCUSSION

H. PIÉRON (2) demande que l'on précise davantage lorsqu'on parle de sensibilité douloureuse ; dans l'expérience de Förster, il s'agit vraisemblablement de sensibilité à la piqûre. Et il pose à L. Lapique la question de savoir si une diminution de la chronaxie entraîne une augmentation de l'excitabilité.

Pour L. LAPIQUE, la diminution ou l'augmentation de la chronaxie n'implique ni facilitation, ni inhibition. Ce qui détermine un changement dans l'un de ces deux sens, c'est l'accord ou la différence des chronaxies.

Au sujet du mécanisme intime des changements de chronaxie ou métachronoses, sur lesquels reposerait l'action régulatrice du sympathique, L. LAPIQUE risque une hypothèse : pour la sensibilité comme pour la motricité, ils comporteraient des synapses particulières, et auraient leur point de départ dans les péricaryomes des cellules intéressées.

Sur diverses questions de M. H. Piéron, L. LAPIQUE précise que la métachronose ne peut être expliquée ni par l'action de l'adrénaline ni par l'hypothèse d'une action humorale du nerf.

Daniel LAGACHE.

(1) Cf. *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1931, p. 497.
(2) Cf. *ibidem*, pp. 496-497.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 4 Juin 1932

Présidence : M. OLIVIERS, président

Un cas de sclérose tubéreuse sans troubles des fonctions cérébrales,

par M. A. LEY.

L'auteur présente un sujet âgé de 40 ans, ouvrier maroquinier, dont l'examen mental ne révèle aucune anomalie. Ce malade est sujet à de petites absences avec aura sensitive dans le bras droit. Au cours de son existence, il n'a présenté que deux crises d'épilepsie vraie, qui se sont produites il y a une dizaine d'années, à quelques mois d'intervalle. Pas d'autres antécédents morbides ; pas d'alcoolisme. Les examens sérologiques, la ponction lombaire, l'examen du fond de l'œil se sont montrés négatifs. De même au point de vue neurologique, l'examen ne révèle aucun trouble important.

Au niveau de la face on constate la présence des petits adénomes sébacés, disposés symétriquement, en ailes de papillon, qui caractérisent la maladie de Bourneville. La descendance de ce malade confirme le diagnostic : il a eu trois enfants, dont l'un est mort à 4 ans de convulsions, et dont les deux autres sont atteints d'idiotie avec épilepsie et angiofibromatose, constituant le tableau classique de la sclérose tubéreuse.

Au point de vue familial, l'enquête médicale n'a pu être complète en raison du fait que le malade est étranger. D'après les renseignements qu'il a pu fournir lui-même, il n'y aurait jamais eu dans sa famille aucun cas de maladie mentale ou nerveuse.

L'auteur insiste sur le complexus affectif qui s'est développé chez cet homme, en raison des tares qu'il constate dans sa descendance, et au point de vue eugénique, sur la nécessité de conseiller à ce ménage l'abstention en matière de procréation.

⁂

Dans la *discussion,* M. L. VERVAECK déclare que le caractère héréditaire de la tare n'est pas suffisamment démontré ; M. DEVOS croit qu'il faut conseiller au sujet de continuer à procréer jusqu'à ce qu'il obtienne un produit normal ; M. GLORIEUX est du même avis et pense que la production d'un génie n'est pas exclue dans ce cas.

M. A. LEY s'élève contre ces opinions, expression d'idées préconçues, et persiste à dire qu'un homme qui a procréé trois idiots épileptiques doit dorénavant s'abstenir.

Remarques sur quelques délinquants tardifs, par M. Alexander.

Etude de l'état mental de 25 détenus, qui bien que n'ayant montré au cours de leur existence aucune tendance à la délinquance, ont été condamnés pour des délits divers, commis à un âge assez avancé, sans qu'il ait paru nécessaire de les soumettre, au moment des faits, à un examen psychiatrique.

Répartition des cas : 20 individus normaux, 5 débiles mentaux ; parmi les premiers 4 intellectuels ; influence de l'alcool dans 6 cas seulement ; rareté des tares héréditaires et de la syphilis ; fréquence des maladies infectieuses graves dans les antécédents personnels.

Nature des délits : outrages aux mœurs (9 cas), vols domestiques (5 cas), escroqueries (4 cas), coups et blessures ; faux.

L'examen psychologique de ces sujets, bien qu'ils proviennent de milieux sociaux très différents, permet de mettre en relief de nombreux caractères communs : l'intelligence correspond à celle de la moyenne des détenus de leur âge, mais il y a ralentissement de la plupart des processus psychiques, difficulté de l'effort, diminution de l'activité intellectuelle.

Au point de vue affectif d'autre part, ces sujets présentent un état très particulier caractérisé par une discordance entre l'indifférence et l'absence de honte pour les faits qui leur sont reprochés et dont ils comprennent cependant le caractère délictueux, et l'exagération de l'émotivité dans le domaine des souvenirs personnels et familiaux.

Il s'agit de cas de démence simple tout au début. L'évolution est lente et progressive.

Dans ce syndrome les troubles intellectuels et affectifs dominent. Son étude confirme que l'activité intellectuelle peut être atteinte indépendamment du sens critique et de l'intelligence générale.

Sur l'utilité de l'abcès de fixation et de la malariathérapie, par M. Verstraeten.

L'auteur communique les résultats qu'il a obtenus par les chocs curatifs dans toute une série de troubles mentaux. Il estime que l'abcès de fixation est indiqué dans tous les cas aigus avec grande agitation ; il détermine une sédation rapide et peut être répété ; il facilite le diagnostic en permettant l'étude du fond mental.

La pyrétothérapie malarique, en dehors des psychoses syphilitiques, est utile dans toute affection mentale subaiguë, principalement dans la cyclothymie et la démence précoce. La répétition des chocs peut être nécessaire.

Lors d'une récente épidémie de fièvre typhoïde à l'asile, sur 6 malades atteints et qui avaient déjà été traités par les chocs, il y eut 4 guérisons inespérées.

J. Ley.

Société belge de Neurologie

Séance du 4 Juin 1932

Présidence : M. R. MARCHAL, président

Un cas de spasme de torsion, par MM. LARUELLE et DIVRY.

Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, en janvier 1929, a commencé à présenter des mouvements bizarres au niveau du membre inférieur gauche, accompagnés de paresthésies. Au début de 1931, l'affection s'aggrave ; les hypercinésies, du type spasme de torsion, gagnent le tronc, le membre supérieur droit et la tête. Traitement au pharmétan sans effet.

Admise au Centre neurologique, la malade est soumise à diverses explorations : liquide lombaire normal à tous points de vue ; épreuves fonctionnelles du foie négatives ; la biopsie de celui-ci montre une légère sclérose sans intérêt pathologique ; pas d'anneau de Fliescher ; l'épreuve d'hyperpnée exagère le spasme de torsion.

Le port d'un corset orthopédique, destiné à soutenir la colonne, n'apporte pas de modifications. Une cure de trois mois en Sanatorium, combiné avec un traitement sédatif, reste sans effet.

Retour de la malade au centre neurologique le 26 octobre 1931. Les hypercinésies de torsion sont de plus en plus marquées.

En novembre, on installe un traitement opothérapique (hypophysosurrénal). Le 8 décembre, repérage ventriculaire, fournissant des images tout à fait normales. A la date du 29 avril, la malade a reçu 50 gr. d'hypophyse et 90 gr. de surrénale.

Entre temps, son état s'est amélioré énormément ; actuellement, les spasmes de torsion ne reparaissent plus qu'après une certaine fatigue ou les émotions. On note une certaine rigidité extra-pyramidale du membre supérieur gauche (roue dentée) et une démarche un peu raide ; diminution du balancement syncinétique du bras gauche pendant la marche. La malade peut s'occuper au tricot, etc.

La présentation est illustrée d'un film cinématographique, montrant les diverses phases de l'affection. La discussion oriente vers le diagnostic d'un spasme de torsion symptomatique d'une encéphalite épidémique.

Deux cas de médulloblastomes, par MM. Divry, Christophe et Moreau.

Les médulloblastomes sont des tumeurs assez fréquentes (10 0/0 de l'ensemble des gliomes) ayant un siège de prédilection : le toit du IVe ventricule et dont le pronostic est particulièrement sombre. Au point de vue clinique, la symptomatologie débute généralement par des vomissements accompagnés de céphalée et aussi une certaine contracture des muscles du cou créant une attitude spéciale de la tête, sur laquelle Van Bogaert et Martin ont insisté récemment.

Cette variété de tumeur est surtout fréquente chez l'enfant.

Observation 1. — Jeune fille de 19 ans ; en février 1930, présente des vomissements, surtout le matin ; céphalées occipitales ; baisse de l'acuité visuelle ; apparition d'une papille de stase bilatérale ; symptômes cérébelleux ; opération après diagnostic de tumeur du vermis. L'hémisphère cérébelleux gauche bombe plus fortement que le droit ; le vermis est incisé au bistouri électrique ; il contient un tissu mou presque diffluent, qui est évacué à la curette ; quelques heures après, la mort survient par syncope respiratoire.

Examen histopathologique : aspect caractéristique du médulloblastome.

Observation 2. — Petit garçon de huit ans ; depuis un an il paraissait malade, manifestait peu de goût pour les jeux, tenait toujours la tête inclinée en avant ; en avril 1931, céphalées très violentes, accompagnées de vomissements en jet ; raie méningitique, nuque très raide, signe de Kernig positif.

Ponction lombaire, liquide clair hypertendu ; deux éléments et demi par millimètre-cube ; albumines et sucre normaux ; Pandy, Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs.

La température vespérale atteint 37°2, 37°3 ; persistance des céphalées et des vomissements ; on remarque de l'ataxie de la main droite et à ce moment on le fait examiner par le service de neurologie. Dysmétrie nette à droite ainsi qu'une adiadococinésie marquée ; hypotonie du même côté. Station debout possible avec des oscillations. Le malade tombe dès qu'il ferme les yeux.

Examen oculaire : congestion légère de la papille à l'œil droit ; quelques jours plus tard, papille de stase nette. Bientôt, l'examen neurologique montre une aggravation nette de l'hémisyndrome cérébelleux droit.

Opération : suivant la technique habituelle ; l'hémisphère cérébelleux droit est augmenté de volume ; une ponction ramène un liquide kystique clair ; la cavité est ouverte au bistouri électrique ; on se rend compte qu'elle est très vaste et plonge en avant vers les pédoncules ; on en opère le curetage. Quelques heures après l'intervention, la mort se produit par collapsus cardiaque.

Examen anatomo-pathologique : médulloblastome.

Ces deux histoires cliniques démontrent une fois de plus qu'assez souvent la symptomatologie du médulloblastome s'installe par des phénomènes d'ordre général tels que céphalées, vomissements, voire même du méningisme, avant que la papille de stase et les symptômes de localisation cérébelleuse ne se révèlent.

C'est là un point important dans la pathologie de l'encéphale au cours de l'enfance et même de l'adolescence.

Etude physio-pathologique de deux cas de myopathie familiale, par MM. J. Ley et J. Titeca.

Les auteurs présentent deux frères atteints d'une forme familiale de myopathie. L'intérêt clinique de ces cas réside non seulement dans le début tardif de l'affection (après la quarantaine), mais surtout dans la variété des symptômes qui se retrouvent symétriquement chez chacun des malades (mêmes localisations des atrophies musculaires, mêmes troubles trophiques et vasomoteurs, mêmes lésions cardiaques).

L'élimination anormale par les reins de petites doses de créatine, administrées par ingestion, permet peut-être d'assimiler la myopathie à un trouble du métabolisme musculaire. Cette étude biochimique confirmerait ainsi la théorie récente concernant l'importance du phosphagène (composé de créatine et d'acide phosphorique) dans l'énergétique musculaire.

Un examen détaillé du cœur révèle chez chacun des malades l'existence d'une « myocardie de Laubry » qui résulte vraisemblablement de l'atteinte de la fibre musculaire cardiaque par le processus myopatbique.

Enfin, la disparition totale des réflexes tendineux, contrastant avec une conservation souvent suffisante de la force musculaire, pourrait s'expliquer par l'atteinte précoce des faisceaux de Kühne, que des travaux physiologiques récents tiennent pour les récepteurs du stimulus mécanique réflexogène.

Etude anatomo-clinique d'une forme atypique de sclérose latérale amyotrophique, par MM. Pierre Cambier et Jacques Dagnelie.

Un homme d'une cinquantaine d'années raconte avoir eu, il y a un an, des douleurs articulaires et une hémiplégie gauche apparue brusquement et sans trouble du psychisme ni de la parole. A ce moment, le médecin traitant avait remarqué que le malade avait des réflexes tendineux vifs et qu'il présentait une atrophie musculaire des mollets. Le malade avait pu reprendre tant bien que mal son travail. A son entrée à l'hôpital, il se plaint de paresthésies dans les membres et notamment dans les articulations ; à l'examen, l'état général ne présente pas grande anomalie ; les pupilles sont normales et ont des réflexes normaux ; il n'existe aucun signe bulbaire.

Il existe une amyotrophie prédominant au membre gauche ; les mains, et principalement la gauche, réalisent une atrophie typique en griffes ; tous les réflexes tendineux sont exagérés, il existe du clonus des chevilles, des Babinski bilatéraux. Rétention d'urine, évolution en un mois avec symptomatologie de douleurs vives dans les membres, broncho-pneumonie et pleurésie, puis paraplégie et exitus.

Examen anatomo-pathologique : dégénérescence des faisceaux pyramidaux des deux côtés avec prédominance nette à gauche, depuis le bulbe inférieur jusque dans les derniers segments sacrés ; extension de ces lésions aux faisceaux fondamentaux latéraux. Dans les moelles cervicale et dorsale, dégénérescence des faisceaux de Gowers avec prédominance gauche. Au niveau de la moelle dorsale, atteinte des faisceaux postérieurs : légère atteinte du faisceau cornu-commissural ; dégénérescence nette dans les zones des faisceaux de Schultze. Dégénérescences cellulaires dans la corne antérieure gauche de la moelle cervicale.

Conclusions : Sclérose latérale amyotrophique avec prédominance gauche. Comparaison entre signes cliniques et lésions histologiques.

Recherches expérimentales sur la démence précoce. — Inoculation au cobaye et au pigeon, par MM. D'HOLLANDER et ROUVROY.

L'ignorance concernant l'étiologie de la maladie, son allure souvent infectieuse, les lésions de méningoencéphalite chronique que les auteurs ont trouvées dans 9 cas sur 9 les ont engagés à tenter des inoculations à l'animal. Le liquide céphalo-rachidien fut injecté à la dose de 5 à 6 cm^3 à des cobayes par voie sous-cutanée ou par voie intra-péritonéale. Les expériences ont porté sur 12 malades atteintes de démence précoce classique. Les inoculations ont porté sur 65 cobayes. Pour différentes raisons, les auteurs retiennent comme valables les résultats obtenus sur 37 cobayes seulement.

Dans 7 cas sur 12, les résultats de l'inoculation sont positifs pour la tuberculose, soit 58,33 0/0. Un cas douteux, 4 cas négatifs.

Dans les cas positifs, l'inoculation a été faite en série et souvent les résultats ont continué à être positifs, parfois jusqu'au 6e passage. Ces essais ne sont certes pas assez nombreux pour résoudre d'une manière générale l'étiologie de la démence précoce.

D'après MM. d'Hollander et Rouvroy, ils permettent néanmoins d'affirmer que, parmi les démences précoces, il en est qui sont d'origine tuberculeuse. L'avenir nous apprendra dans quelle proportion se présentent ces cas tuberculeux ; et, de la sorte, dans quelle mesure la démence précoce, cette maladie mentale à l'appellation fallacieuse et à l'étiologie mystérieuse pourra être dénommée la *psycho-bacillose.*

Méningo-encéphalite diffuse évoluant chez une malade atteinte de tumeur cérébrale. Origine endocardique du syndrome infectieux ? par MM. P. BORREMANS et Ludo VAN BOGAERT.

Après un incident fébrile initial de courte durée et sans gros signes cliniques, s'installe chez une jeune fille de 15 ans un syndrome en foyer caractérisé par une hémiplégie sensitivo-motrice progressive. La ponction lombaire montre une hyperalbuminose discrète et l'examen du sang, une leucocytose qui existe encore un mois et demi après le début. Le premier ton du cœur au foyer mitral est impur.

La mort survient assez brusquement après 2 jours de coma.

A l'autopsie, la coupe horizontale du cerveau décèle la présence, dans la capsule interne droite, d'un gros foyer de ramollissement hémorragique, qui est en réalité un gliome très cellulaire ; les éléments de la tumeur s'étendent par pseudopodes jusqu'au contact des zones d'infiltration inflammatoire

Par son caractère diffus, par les participations méningées, par la présence de rosettes gliales, ce tableau histo-pathologique rappelle celui des septicémies streptococciques, en particulier de celle qui constitue la maladie d'Osler.

On peut admettre que la présence d'une néoplasie centrale, jusqu'alors latente, ait favorisé l'invasion névraxique et que la malade succomba à une hémorragie importante au sein de la tumeur.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII[e] Congrès de Médecine légale de Langue française

Paris (23, 24 et 25 mai 1932)

Présidence : M. le Prof. RAVIART

PREMIER RAPPORT

Les lésions du foie dans la mort par submersion,
par M. le Professeur Etienne MARTIN (de Lyon).

DEUXIÈME RAPPORT

Traumatismes et syndromes parkinsoniens,
par le Professeur NAVILLE et M. DE MORSIER (de Genève).

Ce sujet de pathologie traumatique peut intéresser les médecins-légistes à plus d'un titre. La doctrine régnante était, il y a encore peu d'années, que des traumatismes ne pouvaient pas être la cause exclusive de syndromes parkinsoniens. (Opinion résumée par Souques en 1921). Même opinion de Lhermitte, Roussy, Scheffer. Depuis quelques années, les observations de Paulian, Bing, Lotmar, Négrot et Crouzon, etc... ont montré que des traumatismes centraux pouvaient certainement être responsables de syndromes parkinsoniens. Par contre, la plupart des auteurs n'acceptent pas encore le rôle étiologique des traumatismes périphériques.

MM. NAVILLE et DE MORSIER ont suivi le plan suivant :

1° *Syndromes après traumatisme cranien.* — Ils citent une trentaine de cas survenus, soit presque immédiatement, soit peu de jours, peu de semaines, quelques mois ou plus, après l'accident. Le plus souvent, il s'agit de syndromes parkinsoniens purs. D'autres éléments peuvent y être associés : thalamiques, pyramidaux, mentaux, ou le syndrome des commotionnés. Presque la moitié des cas sont survenus avant 40 ans, ce qui prouve bien qu'on est en dehors du cadre de la paralysie agitante ordinaire.

2° *Rôle aggravant du traumatisme sur un état antérieur ou une prédisposition.* — A) Aggravation de syndromes antérieurs (paralysie agitante classique ou parkinsonisme encéphalitique). Quelques-unes de ces aggravations sont impressionnantes.

B) Apparition du syndrome parkinsonien traumatique chez des sujets apparemment sains, mais ayant eu auparavant une encéphalite. Les auteurs citent notamment un cas observé en Suisse.

C) Apparition de syndrome parkinsonien traumatique chez des sujets présentant une menace d'hérédité similaire.

3° *Rôle du traumatisme dans l'éclosion d'encéphalite infectieuse avec parkinsonisme consécutif.* — On peut discuter le rôle des traumatismes dans l'éclosion d'encéphalites ou d'infections neurotropes. (Les rapporteurs en citent quelques cas).

4° *Rôle du traumatisme psychique.* — Citations bibliographiques au sujet desquelles les auteurs n'expriment pas d'opinion.

5° *Paralysie agitante consécutive à des traumatismes périphériques.* — Les auteurs rapportent une quarantaine de cas où le syndrome est survenu, toujours au segment traumatisé et presque toujours après des symptômes intercalaires progressifs et cela, soit peu de jours après l'accident (citation du cas récent du professeur Euzière, de Montpellier), soit après quelques semaines, quelques mois ou plus d'une année. Citation d'un cas observé en Suisse, d'un cas survenu à un chirurgien et d'un cas consécutif à une épicondylite traumatique. Plus de 20 0/0 de ces cas sont survenus avant 40 ans, ce qui est plus que la proportion observée à cet âge dans la paralysie agitante classique.

A la fin de leur rapport, les auteurs ont cherché à justifier l'hypothèse du rôle étiologique d'un traumatisme exclusivement périphérique. Ils montrent que les données anatomo-pathologiques ne permettent pas d'affirmer que les syndromes parkinsoniens soient dûs à des lésions organiques, toujours localisées dans les mêmes segments des noyaux centraux, puisque la plupart des auteurs récents insistent sur le fait qu'on trouve des lésions diffuses à tout l'axe cérébro-spinal (Lévy, Yvan Bertrand). En outre, des lésions, même grossières, dans les zones dites d'élection, ne donnent pas toujours les syndromes parkinsoniens (Clovis Vincent, Nills, Rotter, Ozaki, Lhermitte et Cornil). Par conséquent, les voies du réflexe sensitivo-moteur extrapyramidal ne sont pas encore bien connues et il ne paraît pas exclu que des irritations périphériques puissent déterminer chez certains sujets des troubles du type parkinsonien (analogie avec les troubles physiopathologiques qui s'accompagnent parfois de tremblement et de contractures. Des recherches concernant les réflexes de posture et suivant les méthodes indiquées par Froment, Foix et Thévenar, Delmas-Marsalet, permettront peut-être de mieux comprendre la pathogénie des syndromes consécutifs à des traumatismes périphériques.

Discussion

M. Crouzon (de Paris) estime que le parkinsonisme traumatique existe. Il est des cas où, au point de vue strictement médico-légal, le blessé doit être indemnisé, alors que quelques doutes subsistent au point de vue scientifique. M. Crouzon fait des réserves sur les cas de parkinsonisme consécutifs aux traumatismes périphériques. Il verse au débat un cas de parkinsonisme apparu après une anesthésie générale. Il précise les délais

d'apparition du parkinsonisme traumatique. Il souligne enfin l'extrême rareté de l'étiologie traumatique.

M. Duvoir (de Paris) distingue le parkinsonisme post-traumatique pur et le parkinsonisme post-traumatique chez les anciens encéphalitiques.

M. Hamel (de Nancy) a observé une paraplégie spasmodique légère chez un sujet atteint de blessure ancienne des deux mollets et qui présente un mal perforant plantaire, qui paraît d'origine centrale. La lésion périphérique a-t-elle déterminé la lésion centrale ?

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Si l'on a observé peu de parkinsoniens pendant la guerre, c'est que les sujets étaient jeunes et n'avaient pas l'âge de la maladie de Parkinson. L'émotion ne fait que révéler le parkinsonisme.

M. Dupain (de Paris) pense que l'émotion peut accélérer l'évolution d'un parkinsonisme et l'aggraver.

M. Naville (de Genève). — Le parkinsonisme traumatique est certainement rare. Il ne s'accompagne pas de somnolence, ni de myoclonie, ni de troubles oculogyres.

Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique, par MM. Lande et Dervillee (de Bordeaux).

Observation d'un cas de parkinsonisme à la suite d'un traumatisme périphérique dont le taux d'I. P. P. a été fixé à 80 0/0 avec possibilité d'aggravation. Il s'agissait d'une femme âgée atteinte d'artério-sclérose.

TROISIÈME RAPPORT

La psychanalyse en médecine légale, par M. Genil-Perrin (de Paris).

Le rapporteur examine la question de façon purement historique, mais prend, dès le début, nettement position *contre* l'immixtion de la psychanalyse dans la médecine légale.

La psychanalyse et la médecine légale prennent contact sur le terrain de la *criminologie* et sur celui de la *déontologie*. D'une part, la psychanalyse prétend apporter des méthodes et des solutions nouvelles dans l'étude du criminel et dans la lutte contre le crime ; d'autre part, sa pratique soulève des problèmes spéciaux de responsabilité médicale et d'exercice illégal de la médecine.

I. — Psychanalyse et criminologie

A. — *Le crime et le criminel.* — La psychanalyse propose tout d'abord une classification générale des crimes et des criminels, puis elle se désintéresse d'un certain nombre de catégories qu'elle a distinguées et ne s'attache guère qu'à l'étude de l'une d'elles, *la criminalité névrotique.*

Ressuscitant l'attitude religieuse qui punit même la « mauvaise pensée », la psychanalyse distingue d'abord la *criminalité imaginative* et la *criminalité effective.* A la criminalité imaginative appartiennent certains symptômes morbides, certains rêves, dont l'analyse révèle le sens criminel déguisé, symbolique, qui constituent des soupapes pour l'écoulement inoffensif des tendances criminelles. La criminalité effective commence à apparaître à titre occasionnel dans le domaine des « actes manqués » : à la

faveur d'une défaillance morale passagère, une tendance inconsciente passe à l'acte, à un acte qui peut avoir une valeur criminelle : c'est l'ordre des *délits par imprudence.* Si la justice punit ces actes, c'est qu'elle a compris leur intention inconsciente et qu'elle veut châtier celle-ci.

La criminalité peut aussi être *habituelle* et alors les sujets sont répartis par les psychanalystes en trois groupes :

a) *les criminels à base organique :* ceux dont la personnalité est atteinte par des troubles du développement somatique, d'ordre héréditaire, congénital ou acquis (idiotie, paralysie générale, etc...) ; ils relèvent de la psychiatrie et la psychanalyse s'en désintéresse.

b) *les criminels « normaux » :* ce sont des individus dont la structure mentale est celle de l'homme normal, mais qui se sont identifiés avec des modèles criminels (étiologie sociologique) ; le criminel « normal » a un *sur-moi* criminel qui autorise une identification complète du *moi* au *ça ;* il se conduit socialement par rapport à la collectivité criminelle dont il fait partie : il est *psychiquement* sain, mais *socialement* anormal.

c) *les criminels névrotiques :* ils s'opposent aux criminels « normaux » par l'étiologie *psychologique,* et non plus sociologique, de leur criminalité, qui relève de causes psychiques ayant agi dans la première enfance ; il y a chez eux conflit du *sur-moi* et du *ça,* entre lesquels flotte le *moi.* Le processus criminel prend alors la forme de l'*obsession* (kleptomanie, pyromanie, etc...) ou bien participe des mécanismes d'*auto-punition.* Névrose et criminalité sont deux phénomènes voisins, réalisant le même processus en deux phases : 1° une satisfaction, contraire aux exigences de la société et du *sur-moi ;* 2° une punition, représentant la réaction de la société ou du sur-moi. Les symptômes névrotiques sont l'aboutissant de mécanismes mentaux inconscients qui traduisent tantôt une satisfaction illicite des instincts, tantôt une auto-mutilation auto-punitive et ce matériel inconscient refoulé se compose essentiellement des tendances sexuelles infantiles et des tendances agressives contre les membres de la famille : ce sont là les éléments du *Complexe d'Œdipe,* où l'on trouve la forme originelle du *crime* sous les espèces de l'inceste et du parricide, comme la forme originelle de la *peine,* sous les espèces de la castration. (Quand Œdipe s'arrache les yeux, il se châtre symboliquement).

Le sur-moi s'oppose à l'extériorisation de ces tendances criminelles : c'est l'instance morale, que l'adulte redoute. Mais, pour donner le change à son sur-moi, l'homme déguise parfois son désir illicite sous le masque d'un symptôme névrotique ; mais, ce faisant, il n'est pas tranquille ; il éprouve une angoisse morale qui se traduit par un *besoin de punition :* et, si la punition survient, l'angoisse tombe, parce que la faute a été rachetée. Le moi névrotique ressent donc la punition comme une justification morale et comme une autorisation de s'abandonner à de nouvelles satisfactions interdites.

Transportons ce scénario intime dans la société, remplaçons-y le sur-moi par la Justice sociale et nous aurons le mécanisme du crime, identique à celui de la névrose : le criminel et la Justice collaborent pour réaliser ce que le névrotique réalise seul par ses symptômes : la succession du crime et de l'expiation. Le criminel névrotique trouvera donc, dans la peine, la neutralisation de ses inhibitions morales, la justification de son attitude blâmable : *donc la peine, au lieu de s'opposer à la récidive, la favorise.* Le criminel agira pour attirer sur lui le châtiment, pour pouvoir dire à l'auto-

rité, comme le névrotique à son sur-moi : « En me frappant, tu m'as donné le droit d'agir dorénavant sans me soucier de tes prescriptions morales. »

Le criminel névrotique est donc avant tout un criminel par *sentiment de culpabilité.* Il commet le crime parce que le crime est défendu et qu'il trouve un soulagement moral à le commettre. Il se fait punir pour un acte qu'il juge anodin afin de recevoir en réalité la punition que méritent ses désirs coupables et par là apaiser son sentiment de faute. La voie du crime est pour lui le chemin de l'ascension morale. Le *criminel névrotique est un être hypermoral.* C'est donc un malade psychonévrotique, qui peut être traité et guéri. Il est paradoxalement malade par suite d'une santé excessive de ses instincts primitifs, qui offusquent son sur-moi et la société.

Les psychanalystes font une place à part aux *pervers sexuels,* chez qui il s'agit d'une régression de la sexualité à un stade infantile.

B. *La Réaction Sociale.* — Les psychanalystes réprouvent les conceptions pénales actuelles, aussi bien celles de l'Ecole Classique que celles des Ecoles Nouvelles. Ils reprochent à la procédure criminelle de ne pas tenir compte des mobiles inconscients du crime, qui sont les plus importants, d'obliger le criminel à *rationaliser* son attitude, ce qui peut fausser l'administration de la preuve. Ils rejettent la notion de responsabilité pour la remplacer par le concept *du degré et du mode de participation du moi à l'action.* Ils considèrent l'expertise psychiatrique comme inopérante, le médecin-expert n'étant bon qu'à rechercher chez le criminel l'existence de quelque maladie mentale grave, mais restant incapable de pénétrer les processus psychiques inconscients qui ont déterminé le crime. Ils condamnent les systèmes actuels de répression, car la peine est contraire à son but, puisque, en satisfaisant le désir d'auto-punition, elle encourage à la récidive.

Quel est donc le remède ? La psychanalyse elle-même. La psychanalyse doit prendre en main le procès pénal, le traitement criminel et la prophylaxie sociale de la criminalité. A l'instruction, la psychanalyse doit intervenir dans l'administration de la preuve, critiquer les aveux, le témoignage, les preuves matérielles et littérales. A l'audience, la psychanalyse approfondira les mobiles véritables, inconscience du crime. C'est dire que les magistrats eux-mêmes doivent mettre en œuvre la psychanalyse, sans laisser ce soin à des experts. Tout le procès doit être conduit *analytiquement.*

La psychanalyse ne cherche pas à prendre place dans la médecine légale ; elle ne cherche même pas à prendre la place de la médecine légale. Ses visées sont plus hautes: elle veut prendre place dans le droit pénal et même prendre la place du droit pénal. Une fois le criminel jugé, une fois fait le « diagnostic psychanalytique du crime », comment le traitera-t-on ? Le criminel occasionnel sera simplement contraint à la réparation civile. Le criminel organique sera abandonné aux médecins en vue d'une thérapeutique banale. Le criminel névrotique sera soumis à *l'analyse thérapeutique :* celle-ci découvrira le sentiment de culpabilité inconscient, et le passage à la conscience de ce sentiment de culpabilité aura une valeur curatrice, l'empêchera de s'extérioriser à l'avenir en actes asociaux ; de plus cette tendance sera sublimée et orientée vers l'inhibition d'autres tendances plus nuisibles.

Quand au criminel « normal », il relèvera surtout de la pédagogie servie par la psychanalyse, qui s'opposera au développement d'un sur-moi criminel chez les jeunes.

II. — Psychanalyse et Déontologie

A. *Les dangers de la psychanalyse et la responsabilité des psychanalystes.* — Tout le monde reconnaît que la cure psychanalytique peut présenter des dangers : les profanes estiment ces dangers inhérents à la méthode, les psychanalystes à la mauvaise application de celle-ci. Ces dangers sont ceux de toutes les thérapeutiques psychologiques qui peuvent être aussi dangereuses pour l'esprit qu'un plâtre mal appliqué en orthopédie. La responsabilité des psychanalystes peut donc être engagée comme pour tous les autres médecins : *a*) au criminel (secret professionnel, délits d'imprudence, escroquerie, outrages aux bonnes mœurs) ; *b*) au civil (réparation de dommages de tout ordre).

B. *Psychanalyse et exercice de la médecine.* — Une très grosse question professionnelle est posée par les prétentions de ceux qu'on appelle les « analystes laïcs », qui, se recommandant de Freud lui-même, s'arrogent le droit de traiter des malades sans être pourvus du diplôme de docteur en médecine. Les analystes laïcs prétendent qu'ils n'ont pas à s'inquiéter des lois sur l'exercice de la médecine, étant donné qu'ils n'emploient ni médicaments, ni instruments, que la psychanalyse n'est pas une science médicale proprement dite, mais que ses applications s'étendent à l'éducation, à l'orientation professionnelle, à l'histoire, à la critique d'art, etc..., et que les médecins ne sauraient mettre l'embargo sur tous ces domaines. On peut à cela répondre que, si la psychanalyse n'est pas une science « incluse » dans la médecine, son emploi *thérapeutique* doit être réservé aux médecins. La physique et la chimie ne sont pas non plus « incluses » dans la médecine et les médecins ne revendiquent pas tous les emplois dans les centrales électriques ou les fabriques de colorants, mais seuls les médecins ont le droit d'utiliser les agents physiques et chimiques au traitement des maladies. De même, on concède qu'il n'y ait pas besoin d'être médecin pour appliquer la psychanalyse à la critique d'art ou à la littérature, pour interpréter un tableau de Greuze ou un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Mais il faut être médecin pour traiter par la psychanalyse une maladie nerveuse et surtout pour en faire le diagnostic préalable.

La situation de la psychanalyse est, à ce point de vue, tout à fait comparable à celle de l'hypnotisme et on peut lui appliquer toutes les remarques faites à propos de cette dernière en particulier au XIII[e] Congrès International de Médecine (1900), où fut votée, sur un rapport de Dupré et Rocher, une résolution demandant « que, dans tous les pays, la législation soit amendée ou étendue, de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine (par les hypnotiseurs non médecins), *sous quelque forme et à quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapiques* ».

Comme hypnotiseurs, trois ordres de délits peuvent donc être rapprochés aux analystes laïcs : *a*) forcément : le délit d'exercice illégal de la médecine ; *b*) éventuellement : α) délit d'escroquerie, β) délit d'imprudence. Et en outre, les analystes laïcs s'exposent aux rigueurs des articles 479, 480 et 481 du Code Pénal, qui punissent la *contravention d'interprétation des songes*, par une amende de 11 à 15 francs, un emprisonnement de 1 à cinq jours et la saisie et confiscation de leurs « instruments, ustensiles et costumes » ! Ce vestige des vieilles législations de répression de la magie et de la sorcellerie peut à bon droit être évoqué devant la vague psychanalytique actuelle.

La question de l'exercice illégal n'est d'ailleurs pas la seule question professionnelle que pose la psychanalyse. Les psychanalystes, qui revendiquent pour les laïcs le droit de traiter les malades par l'analyse, contestent ce droit aux médecins, demandant que seuls puissent exercer la thérapeutique analytique, les personnes revêtues d'une habilitation spéciale, acquise par un stage dans un Institut Psychanalytique, en vue d'études spéciales, et de se soumettre à une « analyse didactique » préalable, sorte d'épreuve d'initiation, qui souligne encore le caractère « paléopsychologique » de l'esprit de la secte. Le corps médical doit s'élever énergiquement contre cette atteinte souhaitée à son droit d'exercer. On ne lui demande pas de diplôme spécial pour faire une hystérectomie ou pour manier du radium ; lui en demandera-t-on un pour extraire les complexes d'Œdipe ?

Les études médicales développent suffisamment l'esprit critique pour que nous sachions, au lendemain de notre thèse, ce que nous sommes capables ou non d'entreprendre. Et il y a lieu de prévoir que, à la faveur de cet esprit critique, nos confrères sauront, en matière de psychanalyse, s'abstenir justement.

On trouve dans le rapport un certain nombre de cas médico-légaux qui ont fait l'objet d'interprétations psychanalytiques.

Conclusions

On trouve en somme jumelées dans ce travail deux questions assez différentes : d'une part, l'exposé d'une criminologie nouvelle, d'autre part, la position de la psychanalyse devant la déontologie médicale.

Sur cette dernière question, l'auteur exprime d'une façon assez catégorique son opinion personnelle : La psychanalyse thérapeutique ne doit pas être permise aux analystes non-médecins et elle ne doit pas être interdite aux médecins qui ont la singulière fantaisie d'y avoir recours. Il y a lieu de réprimer par des poursuites judiciaires toute infraction à la loi de 1892 commise par les analystes laïcs et par les médecins qui, en prêtant leur concours à ces derniers contreviendraient à l'article 16 de cette loi. Il y a lieu également, en matière de médecine administrative (soins aux mutilés de guerre et aux assurés sociaux) d'éviter d'engager les deniers publics dans des fantaisies thérapeutiques longues, coûteuses et d'intérêt discutable, alors qu'on est quelquefois obligé d'économiser sur des traitements de première importance.

Sur la première question, en revanche, l'auteur ne formule pas d'opinion personnelle. Il expose tout simplement le système, comme on pourrait le faire de n'importe quelle conception philosophique, élaborée synthétiquement, échappant par conséquent à la discussion scientifique. Il laisse simplement aux psychanalystes eux-mêmes le soin de conclure sur la valeur pratique de leur système criminologique. Et cette conclusion est décevante : De l'aveu de ses partisans, la criminologie psychanalytique ne trouve pas sa place dans la société d'aujourd'hui, ce qui les fait glisser insensiblement de la Kriminalpolitik à la politique tout court, et nous présenter eux-mêmes la psychanalyse comme un vaste plan d'Utopie, le mot a été prononcé par Reik, l'animateur du mouvement. Reik va même plus loin, confessant : « Tout cela, c'est évidemment de la « *Zukunftmusik* ». Le rapporteur n'hésite pas à traduire : de la musique futuriste.

Discussion

M. Heuyer (de Paris), estime qu'il faut être médecin pour pratiquer la psychanalyse, sous peine d'échecs pratiques. Il rappelle l'importance des psychanalyses non Freudiennes. Surtout il proteste contre les restrictions que le Rapporteur apporte au rôle du médecin-expert. C'est au contraire dans les cas limites (perversions sexuelles, crimes passionnels, délinquance juvénile) que la psychanalyse permettrait à l'aliéniste de donner un avis utile au Magistrat. Heuyer en cite des exemples personnels et montre les services rendus par l'examen systématique des délinquants juvéniles (loi de 1912). Par contre, il est vrai que, dans le cadre des lois actuelles, la psychanalyse ne peut être employée pour les adultes. Ces lois pourraient être complétées.

Quant aux dangers, ils sont importants, et il est inadmissible qu'une consultation médico-légale puisse être donnée par un psychanalyste qui n'a même pas examiné le sujet.

Mme Marie Bonaparte (de Paris) explique qu'il faut de longues études préalables pour être psychanalyste. Un psychanalyste ne doit traiter un sujet que sur prescription médicale. Mme Marie Bonaparte, qui n'est pas Docteur en Médecine, demande à être traitée en « Sage-femme de l'âme ».

M. Ceillier (de Paris). — L'expertise psychanalytique est impossible actuellement pour des raisons matérielles et psychologiques. D'ailleurs, en droit, expliquer une chose n'excuse pas. Il n'en reste pas moins que la psychanalyse apporte une conception neuve, probablement féconde dans l'avenir, ouvrant la voie à toute une réforme pénale.

M. de Saussure (de Genève). — La psychanalyse change le point de vue auquel les Juges et Experts se placent.

M. Dide (de Toulouse) rappelle que Freud étudia les premiers cas par l'hypnose. Il faut d'abord savoir la valeur de la méthode. Il croit que les psychanalystes cultivent la suggestibilité des malades inorganiques. Freud lui paraît d'ailleurs légèrement désabusé. Il faut, en outre, rester prudent, car la psychanalyse a une tendance à s'insurger contre l'ordre social.

M. Truelle (de Paris). — La psychanalyse est pratiquement impossible à appliquer à la Médecine légale, car il faut rester dans le cadre des lois. Il décrit un cas remarquable de simulation, l'inculpé décrivant ce qui se passe dans son inconscient.

M. Schiff (de Paris). — La psychanalyse est entrée dans la vie courante, on en fait constamment sans s'en apercevoir. Il eut été impossible de comprendre le cas de Kürten sans la psychanalyse. Personnellement, l'auteur a fait intervenir des notions psychanalytiques dans des certificats médico-légaux. Ces certificats ont été pris en considération par les psychanalystes. M. Schiff ne partage pas entièrement l'opinion de M. Truelle : la conscience personnelle du complexe d'Œdipe n'est pas impossible.

M. Borel (de Paris). — La psychanalyse ne peut être employée qu'une fois l'individu jugé.

M. Naville (de Genève) montre les limites dans lesquelles la méthode des mots induits peut servir au cours même de l'Instruction.

M. H. Claude (de Paris). — Les psychanalystes non médecins ne doivent travailler que sous contrôle médical. Il est préférable que le psychanalyste soit médecin lui-même.

La psychanalyse a attiré l'attention des médecins sur l'importance de certaines tares mentales. L'expert peut en profiter, mais son rapport ne doit

être fourni au Magistrat qu'à titre de renseignements. Il est d'ailleurs impossible, pratiquement, de faire des analyses complètes. Au point de vue prophylactique, la psychanalyse peut également rendre des services. Faut-il modifier la peine au nom de la psychanalyse ? Il faut être prudent et réserver la question. Quand les asiles de sureté seront créés, la psychanalyse pourra servir à traiter les criminels.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le vol généreux, par MM. HEUYER et DUBLINEAU.

Ces auteurs décrivent un type spécial de vol qu'ils ont observé chez des enfants et des adolescents et qui montre l'intérêt de l'emploi de la psychanalyse en criminologie. Il s'agit d'enfants et d'adolescents intelligents, non pervers, émotifs et intimidables. Le vol est récent, non habituel, non utilitaire. Il est souvent prémédité, adroitement exécuté comme le serait un vol commis par un pervers. Son produit est distribué généreusement à des amis, à des camarades ou à d'autres personnes dont l'enfant désire s'attirer la bienveillance. Souvent, la récidive du vol est encouragée par l'impunité. Le mécanisme du vol présente un caractère spécial. En général, l'enfant ou l'adolescent souffre d'une infériorité d'ordre social (déchéance de la famille), familial (dissociation), individuel (infirmité physique). Par un mécanisme de compensation, l'enfant satisfait sa vanité et réagit à son infériorité par la distribution généreuse du produit de son vol.

Les auteurs présentent une série d'observations du type pur de vol généreux. Ils en décrivent aussi des types mixtes dans lesquels certaines perversions accompagnent la générosité. Le diagnostic doit être fait avec le vol du débile dont la générosité est dûe souvent à la suggestibilité, au vol du pervers qui distribue le produit du vol à ses complices, au vol altruiste décrit par Juquelier et Vinchon, enfin à certaines manifestations de vols cyclothymiques chez des hypomaniaques dont la générosité est morbide.

Le pronostic du vol généreux est relativement bon. L'enfant ou l'adolescent est émotif, intimidable et sa délinquence doit être considérée comme épisodique et curable. Toutefois, l'impunité encourage les habitudes et le caractère utilitaire du vol peut apparaître secondairement.

Le traitement est d'ordre psychothérapique, la psychanalyse révélant à l'enfant les motifs réels de sa conduite et donnant en même temps une orientation meilleure du mécanisme de compensation. Souvent, des conseils donnés aux parents peuvent modifier la situation familiale dont l'enfant souffre. Enfin, une bonne orientation professionnelle peut remédier à une certaine infériorité sociale du sujet.

Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre, par M. le Professeur BALTHAZARD (de Paris). — **Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite**, par M. le Professeur BALTHAZARD (de Paris). — **Périarthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications périarticulaires**, par M. le Professeur MAUCLAIRE (de Paris). — **Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail**, par M. le Professeur SOREL (de Toulouse). — **Le choc alvéolaire**

dans la submersion, par MM. les Professeurs LECLERCQ et MULLER (de Lille). — **Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb**, par MM. PIÉDELIÈVRE (de Paris) et Pierre-E. MARTIN (de Lyon). — **Les réactions nucléaires dues aux toxiques**, par M. le Professeur DE LAET (de Bruxelles).

FRIBOURG-BLANC.

Réunion Européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales

La Réunion Européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales a ouvert ses séances le 30 mai, à l'Hôpital Henri-Rousselle (amphithéâtre Magnan), sous la présidence de M. Justin GODARD, l'actuel Ministre de la Santé publique.

PREMIER RAPPORT

Eugénique et prophylaxie mentale, par M. le Professeur RÜDIN.

Le rapporteur, directeur de « l'Institut pour Généalogie et Démographie à l'Institut de recherches psychiatriques de Munich » insiste d'abord sur le nombre des aliénés (50 à 70 0/0 des cas) victimes de tares héréditaires, nombre qu'il a pu évaluer à 340.000 pour l'Allemagne.

La transmission, d'après les lois de Mendel, a pu être établie pour quelques maladies rares : épilepsie myoclonique, idiotie amaurotique, suivant le mode récessif simple, et pour la chorée de Huntington, suivant le mode dominant simple.

Les recherches sont bien plus difficiles pour les maladies mentales. Cependant, les maniaques dépressifs donneraient naissance à des enfants anormaux dans 60 0/0 des cas (30 à 35 0/0 seraient des périodiques). De même, les déments précoces fourniraient 10 0/0 d'enfants atteints eux aussi de démence précoce et 34 à 42 0/0 de névropathes. Même proportion d'anormaux pour les descendants d'épileptiques.

Si les deux parents sont atteints de la même affection mentale, l'hérédité est fatale (100 0/0 d'anormaux) pour les périodiques ; presque certaine (82 0/0) pour les déments précoces. Comme les aliénés, les névropathes, les excentriques donnent aussi naissance à des dégénérés.

Pour être valable, une statistique doit porter sur de très grands nombres — et le médecin ne peut indiquer qu'un certain degré de probabilité, une certitude de risques s'écartant largement de la moyenne. Il devra se rappeler que les cas bénins sont, au point de vue de l'hérédité, aussi dangereux que les plus graves. De même, il faudrait encore empêcher la procréation de gens psychiquement normaux, mais porteurs de tares physiques héréditaires, ils peuvent eux aussi donner naissance à des aliénés.

Le rapporteur ne croit pas que des mesures empêchant la naissance d'anormaux, élimineraient aussi des génies. Mais il faudrait, par contrepartie, favoriser la « prolification » des couches sociales saines.

Les tares héréditaires sont peu accessibles à une thérapeutique. D'autre part, même si un traitement ou un régime de vie améliore l'état des parents, la transmission héréditaire de la tare reste aussi inexorable.

L'eugénique devra donc s'attacher à empêcher (abstinence, stérilisation, rapports sexuels avec mesures préventives), la naissance d'individus tarés, dangereux par la race et imposant aux collectivités de lourds frais d'assistance.

Discussion

MM. Lépine, Champy, Aug. Ley, Heuyer viennent, par des exemples cliniques et expérimentaux, confirmer les conclusions du rapporteur.

Mme Minkowska présente la généalogie de deux familles où se répètent des tares mentales (démence précoce, « épileptoïdie »).

M. Toulouse, après avoir reconnu que la transmission héréditaire d'une tare mentale apparaît actuellement souvent inéluctable, pense cependant qu'on ne doit pas désespérer de la science ; il recommande une attitude d'esprit plus favorable aux recherches que l'acceptation d'un mal obligatoire.

M. Justin Godard insiste sur l'importance de tels travaux systématiques sur l'hérédité. Il demande qu'on les fasse connaître afin que les pouvoirs publics puissent, par des législations, rendre efficaces les mesures de protection sociale en évitant la naissance d'anormaux de tous ordres, tarés héréditairement.

DEUXIÈME RAPPORT

Les services ouverts pour psychopathes,

par MM. E. Toulouse, R. Dupouy et A. Courtois.

La vaste question de l'assistance ouverte aux malades mentaux a dû être strictement limitée à l'étude des services d'hospitalisation libre et d'observation avant l'internement.

Avant l'historique du mouvement français, qui seul a été établi avec quelques détails, on trouvera les réponses à un questionnaire envoyé aux médecins spécialisés dirigeant un service public et aux professeurs des cliniques psychiatriques de France et de l'Etranger. Ces réponses montrent que des services ouverts n'existent pas dans des asiles d'aliénés, sauf aux Pays-Bas, en Hongrie et en Turquie. En Belgique, ne sont reçus que des malades payants. Des services pour psychopathes non internés fonctionnent dans de nombreux hôpitaux généraux : Amérique, Brésil, Hongrie, Norvège, Pologne, Turquie, Suède ; et dans les cliniques universitaires : Allemagne, Belgique, Grèce, Norvège, Suède, Tchéco-Slovaquie, Turquie, soit que les malades disposent de services spéciaux, soit qu'on les admette dans des services de neurologie.

En France, outre les salles réservées aux « délirants » dans les hôpitaux généraux et dont le type est le pavillon Charles-Quantin, à la Pitié, (Pr Laignel-Lavastine), des services ouverts fonctionnent : 1° dans les asiles : à Mont-de-Marsan ; 2° dans les quartiers d'hospice (Salpêtrière, le Havre, Niort) ; 3° dans les cliniques des Facultés (Paris, Lille) (service du Pr Raviart, art. 19 de la loi de 1838).

A Lyon, l'hôpital en voie d'édification possédera vraisemblablement des services psychiatriques ouverts.

Dès après 1838, le mouvement français d'assistance ouverte aux psychopathes commence : patronages pour aliénés (Falret, 1841) puis, plus tard, Bourneville ; assistance à domicile (Foville, 1860).

De même, la nécessité de l'observation avant l'internement se fait sentir peu après l'entrée en vigueur de la loi de 1838. En 1845, est créée l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police ; en 1867, s'ouvre l'asile Sainte-Anne avec, dans les premières années, un « bureau central d'admission » séparé administrativement et budgétairement de l'asile Sainte-Anne lui-même ; puis ce sont les Colonies familiales (1891) et agricoles (1909), mais qui reçoivent toujours des malades internés.

Suit le résumé du mouvement qui après une lutte de 30 années aboutit à l'ouverture, le 1er juin 1922, du service de prophylaxie mentale devenu l'Hôpital Henri-Rousselle, qui fonctionne depuis comme un organisme complet avec dispensaire, service d'observation, salles de traitement, laboratoires, service social et service de visites médicales à domicile.

Les auteurs indiquent les difficultés rencontrées dans son fonctionnement, les moyens utilisés pour les réduire et apportent le résultat de l'expérience de 10 années.

Ils résument dans les conclusions les caractéristiques d'un service psychiatrique ouvert. Les formalités d'entrée sont les mêmes que celles d'un hôpital général. Quelle que soit la forme de la psychopathie, peuvent être admis tous les malades dont l'état motive l'hospitalisation. L'observation sera toujours effectuée avant l'internement, dans un quartier où les malades resteront peu de jours.

La durée du séjour en traitement ne peut être limitée (malades aigus, malades chroniques).

Ne peuvent être maintenus en traitement les malades lucides non dangereux et demandant leur sortie, qui sera accordée immédiatement. Seront internés : « les malades protestataires à réactions dangereuses » et « ceux pour qui sont nécessaires d'une façon continue une surveillance spéciale et des moyens de restriction et de contention incompatibles avec le caractère essentiel du service libre ».

Les alcooliques seraient dirigés vers des sections spéciales. D'ailleurs une meilleure sélection des malades devrait les répartir dans des services mieux adaptés à leur état respectif : *Hôpitaux* psychiatriques ouverts, *Hospices* psychiatriques ouverts, *Maisons* psychiatriques pour les aliénés internés, enfin *Asiles de sûreté* (Villejuif, Hoerdt).

Le contrôle des personnes est envisagé mais surtout celui des biens dont l'administration provisoire devrait pouvoir être ordonnée par le juge à la demande du malade, de la famille, du médecin et du pouvoir administratif.

Pour terminer, courtes suggestions concernant le régime des maisons de santé privées ouvertes pour psychopathes.

Discussion

MM. J. Germain (Espagne), Brock (Angleterre), Weygandt (Allemagne et U. R. S. S.), Tumiati (Italie), Evensen (Norvège), Brandeis (Tchécoslovaquie), Repond (Suisse), Minkowski, au nom de M. Gallus (Pologne), Vermeylen (Belgique), Lévy-Bianchini (Italie), Kogerev (Autriche), délégués

étrangers, exposent l'état de l'assistance psychiatrique libre dans leurs pays.

M. Henri MICHEL insiste sur la nécessité d'interner les psychopathes, moins pour assurer le contrôle de la liberté individuelle que pour protéger immédiatement leurs biens.

M. TOULOUSE remercie les différents orateurs. Il rappelle que, depuis 10 ans, son service fonctionne sans aucun contrôle, cependant un contrôle éventuel a été prévu dans le rapport présenté. Quant aux craintes de M. Henri Michel, l'expérience a montré qu'elles paraissent injustifiées.

TROISIÈME RAPPORT

Projet d'unification internationale de la statistique des aliénés, par M. H. BERSOT.

Avec les progrès de la psychiatrie, il apparaît que l'on peut dès maintenant proposer une classification qui, pour avoir une valeur internationale, doit apporter seulement des grands cadres pour lesquels l'accord de tous les psychiatres est possible.

Le rapporteur propose la classification suivante :

A. — Troubles congénitaux, oligophrénie ; psychopathies constitutionnelles.

B. — Psychopathies endogènes : affectives (manie, mélancolie) ; schizophrénie.

C. — Psychopathies réactionnelles, par psychogénie (hystérie).

D. — Psychopathies symptômatiques (urémie, diabète, infections...).

E. — Etats organiques (paralysie générale, encéphalites, démences séniles et artériopathiques, tumeurs...).

F. — Epilepsies.

G. — Toxicomanies. Alcool. Morphine...

DISCUSSION

MM. LEY, TUMIATI, SOMMER, WEYGANDT, RÉPOND, reconnaissent la difficulté d'une statistique internationale. Ils s'accordent sur le fait qu'elle doit être simple et assez générale pour pouvoir être acceptée par tous les pays, chacun pouvant d'ailleurs conserver en plus une statistique particulière.

M. COURTOIS expose une note établie avec M. TOULOUSE. Aucun symptôme mental n'a de valeur suffisante pour permettre d'établir un classement. Toutes les fois que la cause d'une maladie sera connue de façon objective, elle doit être utilisée. S'il s'agit d'une interprétation, il faut la rejeter. Aussi faut-il séparer rigoureusement, d'une part, les maladies organiques de causes connues, *encéphalopathies* comprenant les encéphalites (infections), les encéphaloses (intoxications) des dégénérescences cérébrales (D. sénile), les tumeurs, enfin le groupe des encéphalopathies de l'enfance, de causes variées et fournissant la plupart des cas d'arriération, d'épilepsie de l'adolescence et de nombreux syndromes de démence précoce ; d'autre part, les *psychoses : a*) de causes plus ou moins connues (maladies générales ou locales) ; *b*) de cause inconnue. On peut encore distinguer dans ce vaste groupe les cas à évolution habituellement continue (délires chroniques,

démence précoce d'apparence primitive), de ceux qui évoluent par accès avec longs intervalles normaux (états périodiques).

D'ailleurs, il faut prévoir qu'ira en se rétrécissant le cadre des *psychoses* où l'on isolera peu à peu des *maladies cérébrales* autonomes.

M. TOULOUSE insiste lui aussi sur la nécessité de se garder des hypothèses trop précises de classification qui pourraient — étant acceptées comme valables — retarder l'évolution de la psychiatrie, il vaut mieux avouer notre ignorance et montrer ainsi clairement le travail qui reste à exécuter.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Sur la nouvelle organisation de l'assistance aux psychopathes en Espagne par M. José GERMAIN.

Psychiatrie comparée et hygiène mentale, par MM. SACRISTAN et J. GERMAIN.

Quelques suggestions à propos de la future activité de la Ligue Internationale d'Hygiène mentale, par M. MIRA.

Prophylaxie du suicide, par M. PLACZEK.

L'auteur lit un important travail, montrant la nécessité d'organiser la prophylaxie du suicide, qui enlève chaque année à un grand pays plusieurs milliers d'individus dont beaucoup pourraient être utilement préservés. Il préconise, à côté des méthodes générales de prophylaxie mentale, l'organisation de consultations spéciales — qui existent déjà dans divers pays — la surveillance des endroits « à suicide » (monuments publics, ponts...) et enfin l'interdiction à la presse de signaler les cas de suicide. Une telle interdiction est ordonnée déjà en Turquie et en Italie (M. Tumiati).

⁂

Un thé offert par la Ligue française d'Hygiène mentale réunit ensuite les congressistes à l'Hôtel Lutetia, où se termine agréablement l'après-midi.

A. COURTOIS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La science du caractère. Essai de Caractérologie générale, par le Dr W. Boven, privat-docent à l'Université de Lausanne (1 vol. in-8°, 352 pages, in *Collection d'Actualités pédagogiques*, édit. Delachaux et Niestlé S. A. Neuchatel et Paris, 1931).

Publié sous les auspices de l'Institut Jean-Jacques Rousseau, et destiné à des éducateurs, ce remarquable ouvrage fait suite à d'autres travaux bien connus de M. W. Boven sur la Caractérologie. Tant par la quantité de matériaux qu'il renferme, que par les qualités de l'auteur dont on sait l'originalité de l'esprit, la perspicacité de la critique et le talent d'exposition, ce livre constitue actuellement un document précieux pour l'étude du caractère et des constitutions psychiques. L'étude du caractère, écrit M. Boven, c'est l'étude de l'homme dans la vie. On voit donc ici les « individus soumis au destin qui les fait naître, croître et mourir, à l'hérédité qui les façonne, à la maladie qui les étiole, à l'amour-propre, à la raison... Un caractère est le produit d'un homme et d'un milieu ». Branche maîtresse de la psychologie, « la caractérologie générale traite de l'âme, envisagée comme un organisme vivant, aux prises avec la vie, de ses manières d'être et d'agir dans l'ambiance et les circonstances de la réalité qui le baigne, de ses fonctions déployées par l'usage, de ses manifestations, de son rattachement au fond organique de l'individu ». Car « le corps est le fondement du caractère. L'énergie de ses tissus est son énergie » et « c'est le caractère qui fait le sort de l'intelligence ».

Comment pourrait-on rendre compte ici de l'abondante matière de cet ouvrage dans lequel l'auteur envisage successivement la structure du caractère, ses dispositions fondamentales, ses traits, ses linéaments, les rapports de l'intelligence et du caractère et les différents procédés de mensuration, les rapports du corps et du caractère en exposant et discutant les doctrines de Kretschmer, de l'école morphologique italienne, des types décrits par les auteurs français. L'étude des rapports du caractère avec le milieu, avec la race, avec le sexe, amène à l'exposé d'un cycle de développement du caractère aux différents âges de la vie.

L'influence sur le caractère des régimes, diathèses, tempéraments, maladies, conduit à l'étude de la pathologie du caractère si importante en psy-

chiatrie et en criminologie, et à la discussion de l'influence de l'hérédité. M. W. Boven, qui rechercha le premier avec rigueur, en 1914, l'application des lois mendéliennes à la transmission des tares mentales de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive, conclut alors que ces affections ne se transmettent pas selon des modes connus de la théorie de Mendel. Il conclut aujourd'hui que les lois de l'hérédité des éléments du caractère nous échappent.

Après avoir exposé les différentes classifications des caractères proposées par les auteurs, classifications partant de points de vue bien différents, M. W. Boven conclut que les caractères normaux comme les caractères anormaux peuvent être construits sur des plans très divers. Mais, ajoute-t-il, « plutôt que de créer des classes de caractères, ne vaut-il pas mieux essayer de définir les individus par leurs dispositions et leurs traits les plus frappants ? On les trouvera le plus souvent dans le noyau de l'égocentre : dans ce complexe du moi où gisent les jugements que l'individu porte sur lui-même et conséquemment sur les autres ».

Ce livre, rempli de faits et d'idées, se termine par un chapitre consacré à l'influence de l'éducation sur le caractère. « L'homme n'est pas voué sans recours et sans secours à son tempérament hérité. La nature qui crée, par le fait de l'hérédité, des longilignes et des largilignes, des isothymes et des anisothymes, confère à chacun d'eux, avec l'amour-propre et la raison, le pouvoir de réfracter, de redresser, et même de recomposer le dessin de son caractère, jusqu'à certaines limites... Les grandes vocations sont le fruit d'unifications magnifiques, comme les conversions sont des refontes sur un plan d'unité nouvelle. »

René CHARPENTIER.

L'Hallucination, par Pierre QUERCY. Paris, Alcan, 1930. — Tome I : **Philosophes et Mystiques,** XXVII-381 p. — Tome II : **Etudes Cliniques,** 561 p.

Les deux livres de Pierre Quercy représentent, le second, la thèse principale et le premier, la thèse complémentaire qu'il a soutenues l'an dernier en Sorbonne pour le doctorat ès lettres.

On résumerait assez bien l'impression que fait la lecture du premier tome, « Philosophes et Mystiques », en disant que ce n'est pas une thèse, dans le sens classique et traditionnel : c'est plutôt un recueil d'articles, d'ébauches, des fragments d'une étude qui suivrait l'hallucination dans toute l'histoire des idées philosophiques, religieuses et mystiques. Dans chacun de ces morceaux, l'auteur situe la théorie de l'hallucination dans l'intimité de la pensée à laquelle elle se rattache, ou dont elle se détache parfois.

Chez Spinoza, la notion d'hallucination ne se dégage pas bien du parallélisme, qui tend à la confondre avec l'image. L'image-hallucination, persistance indéfinie de la trace d'un objet disparu, n'est réduite que par la connaissance du vrai ou la survenue d'une perception plus forte. La conception de l'image joue un rôle considérable dans la théorie des passions. Etudiant les prophéties et les visions dans le Tractatus Théologico-Politicus, Spinoza y voit l'activation par Dieu des images et des souvenirs, conception que l'on retrouve chez sainte Thérèse.

Dans la perspective de la Monadologie et de l'Harmonie Préétablie, Leibniz n'arrive à établir entre l'image et la sensation qu'une différence de degré ; l'hallucination, par suite, ne peut être qu'une erreur d'interprétation sur des sensations ou leur trace.

Bergson rencontre une difficulté contraire. Après avoir opposé la perception, qui est matière, au souvenir, qui est pure spiritualité, il est forcé de réunir ce qu'il a séparé pour expliquer l'hallucination, irruption d'un sous-souvenir-perception hors de l'inconscient psychologique et du passé. L'image consciente est donc par là assimilée à la perception.

La seconde partie du livre est consacrée à sainte Thérèse. Quercy étudie successivement les problèmes psychiatriques qui se posent à son sujet, la perception de Dieu, les visions et les locutions, et la théorie thérésienne des visions. Il insiste sur la santé morale de sainte Thérèse, sur son activité pratique et réalisatrice. Selon Quercy, les visions imaginatives sont à rapprocher de nos visions sensorielles, et les visions intellectuelles des hallucinations psychiques. Pour sainte Thérèse, les unes et les autres sont matière strictement humaine, mais mue par Dieu. La marque divine doit être cherchée dans la certitude immédiate du sujet et dans les effets moraux spécifiques des visions chrétiennes. Quercy apporte beaucoup de précisions intéressantes à ces idées classiques depuis les travaux de William James, de Delacroix et de Baruzi.

De lecture un peu pénible par l'abondance de la documentation et l'effort parfois douloureux d'une pensée qui se cherche et veut s'exprimer tout entière, l'ouvrage de Quercy mérite le travail qu'il coûtera au lecteur, travail qui sera facilité par une abondante table des matières.

Le second volume, « Etudes cliniques », suggère des réflexions analogues. Ici, le dépouillement sera facilité par la lecture du dernier chapitre, « Opsiphile et Noéphème » où s'affrontent une dernière fois les thèses entre lesquelles Quercy balance l'esprit du lecteur au cours de son livre.

Opsiphile et Noéphème incarnent les deux tendances entre lesquelles se partagent les théoriciens des hallucinations. Opsiphile représente la thèse qui affirme le caractère sensoriel et objectif de l'hallucination, Noéphème celle qui, réduisant au minimum le noyau sensoriel, fait de la perception sans objet un comportement moteur et verbal, une croyance, un délire. Et ces thèses s'affrontent, non seulement chez les aliénistes, mais chez les aliénés, que Quercy fait parfois intervenir dans le débat. A chaque étape de la pensée de Quercy, on retrouve le même drame : l'halluciné affirme sa foi dans le caractère sensoriel et objectif de son hallucination ; on cherche à expliquer son hallucination, c'est-à-dire à réduire cet irrationnel à des faits acceptables et connus, croyance, comportement ; mais il subsiste toujours un résidu inexplicable, irréductible.

Dans les chapitres II à XI, il s'agit surtout des hallucinations visuelles. A la lumière d'expériences de laboratoire, Quercy étudie la part de l'hallucination dans la perception : plus la perception illusoire devient pauvre et irréductible, plus les éléments intellectuels perdent difficilement la matérialité qu'ils ont acquis au contact de l'objet (II). Dans l'illusion du correcteur, quelque part qu'il faille faire à la neutralisation de données, à l'interprétation fausse, au lapsus, l'Hallucination s'affirmerait dans quelques cas (III). L'audition colorée donne naissance non seulement à des visions élémentaires, mais à des perceptions complexes, et cependant immédiates et irréductibles (IV). Chez les amputés, s'il existe un noyau de sensibilité indéterminée, toute précision supplémentaire, toute qualification thermique, articulaire, etc., paraît d'origine intellectuelle (V). L'image consécutive se rapproche plus de l'hallucination que de l'objet, notamment par ses conditions d'apparition et de disparition et ses relations avec la direction du

regard (VI). Les propres expériences de Quercy tendraient à lui faire réduire l'image éidétique à un comportement, à la partager entre la représentation et les post-images ; cependant quelques-uns des faits décrits par l'Ecole de Marburg sont irréductibles (VII). Irréductibles pareillement les hallucinations « neurologiques », quand nulle défaillance du jugement, nulle paragnosie, nulle anosognosie ne les vient compliquer (VIII). Le rêveur, contre la théorie périphérique, maintient l'esthésicité purement endogène de son rêve (IX). Chez les intoxiqués et les infectés, on est tenté de réduire l'hallucination à un comportement, à une croyance ou à une conduite dont les prétextes sont extérieurs ; mais le confus, même guéri, maintient l'esthésicité de ces perceptions ; et il est un onirisme sans confusion, où le sujet inerte, lucide, percevant correctement, affirme l'indépendance de sa vision par rapport aux phosphères ou aux métesthésies qu'on lui suppose (X-XI). On voit quelle est la construction de cette première partie : de la perception au rêve et à l'onirisme, la part du donné diminue, l'hallucination se détache de toute matière, mais on ne peut pas davantage la réduire à des actions noétiques : dans l'étude de chaque ordre de faits, une partie au moins de ces faits s'affirme irréductible.

La méthode de discussion est la même dans les chapitres XII à XV où l'auteur traite plus particulièrement des hallucinations auditives et verbales. A l'ancienne théorie psychogène, qui faisait des hallucinations la projection du délire, et du délire la projection de la paranoïa, l'auteur semble préférer les théories neurogènes, qui font des hallucinations le fait psychique initial sorti d'une atteinte cérébrale, par le mécanisme de l'irritation ou de la libération fonctionnelle (de Clérambault) (XII). Elle aussi, l'hallucination auditive verbale sort victorieuse des tentatives de réduction, soit aux impulsions verbales, avec comportement hallucinatoire moteur et verbal (XIII), soit aux hallucinations psychiques, dont notamment les fines distinctions faites par les sujets les plus incultes maintiennent l'identité, en même temps que la spécificité de l'hallucination auditive (XIV). Pour terminer, Quercy discute la négation de l'hallucination et les idées de Ch. Blondel (XV).

Le débat reste ouvert entre Opsiphile et Noéphème (XVI) (p. 558-559) :

« Pour l'un, ébloui par sa foi, le prétendu halluciné est incapable de percevoir qu'il n'a rien vu ; mais cette irréductibilité est provisoire, ou progressera.

« Pour l'autre, les épreuves de la foi la fortifient, l'hallucination pure du normal est le « quod et quo creditur » du croyant : « une science ».

« Et tous deux s'arrêtent momentanément devant l'actuel résultat de leurs efforts opposés :

« La perception normale, pleine de rêves, peut-être rêve, et parfois sentie comme telle, par l'intoxiqué, par le mystique.

« Toute perception, tout objet, tout perçu peut se doubler d'une hallucination, perception sans objet, inépuisable comme l'objet et esthésique autant que sa perception légitime.

« Toute hallucination peut se doubler d'un comportement, d'une croyance et d'affirmations hallucinatoires sans perception, sans esthésie et même sans image.

« On peut affirmer la présence ou la perception d'un objet quand il est présent et perçu, quand il est absent et perçu, quand il n'est ni présent ni perçu. »

Félicitons M. Quercy de cette perplexité : elle est de bon aloi. Félicitons-le aussi de l'énormité du travail de documentation et d'observation qu'il a fourni. Ce qui fait regretter davantage que le touffu de la pensée et du style, la forme recherchée, souvent abstruse, parfois ambiguë, les prosopopées d'Opsiphile et de Noéphème, des hallucinés et de l' « Hallucination » rendent longue et difficile la lecture de cet ouvrage pourtant vivant et personnel.

Un livre sur « l'Hallucination » (j'aimerais mieux sur « les hallucinations »), devrait être l'œuvre de toute une vie. C'est dire le grand mérite de l'auteur, l'immensité de son labeur, l'intérêt de son ouvrage plein de réalisations et de promesses. Nul doute que Pierre Quercy n'apporte, à bien des problèmes de psychopathologie, des solutions neuves, originales, décisives.

Daniel Lagache.

L'intuition délirante, par R. Targowla et J. Dublineau. 1 vol. 316 pages. Bibliothèque de Neuro-Psychiatrie. *Editions Médicales Norbert Maloine* Paris 1931.

Les auteurs n'ont pas eu besoin d'un long exposé pour justifier leur ouvrage. L'intuition, — procédé psycho-pathologique ou symptôme isolé —, se rencontre fréquemment dans la pratique psychiatrique. L'analyse clinique a permis à certains classiques de la noter à propos des données délirantes imaginatives, mais sans la nommer, ou sans s'y arrêter longuement. Les travaux de Séglas, puis ceux de Georges Petit, sur les hallucinations psychiques, auraient pu comprendre les faits d'intuition délirante en marge de leurs études, et c'est à peine s'il en est question. Il faut s'adresser aux descriptions récentes de Mme Thuillier-Landry, à celles de de Clérambault et de ses élèves, à celles de Mignard et Montassut, de Codet, de Targowla pour dégager des notions plus complètes sur le délire intuitif, éparses dans des communications isolées et attendant une synthèse que Targowla et Dublineau ont heureusement réalisée aujourd'hui.

L'intuition, phénomène riche en suggestions de toute nature dans le domaine de la psychologie, pouvait fournir la matière d'un long exposé liminaire, mais les auteurs font observer avec raison que le phénomène pathologique n'a que des rapports lointains avec le normal. L'intuition délirante reste une opération psycho-pathologique banale et assez simple, et une étude, même très détaillée, de ses modalités, pourrait paraître une matière assez maigre pour un ouvrage de l'importance de celui de Targowla et Dublineau, si les auteurs, utilisant leur vaste expérience clinique, n'avaient profité de l'occasion pour passer en revue les syndromes mentaux dans lesquels l'intuition avait un rôle à jouer. Leur étude est pleine d'observations originales où les combinaisons symptomatiques les plus variées sont rapportées. Elle est donc un excellent instrument de travail ; mais elle est mieux encore. Par ses considérations sur certains délires à prédominance intuitive, ses vues sur le rôle de l'intuition dans la pathogénie des états schizophréniques et maniaco-dépressifs, elle fournit une contribution importante à l'actualité psycho-pathologique.

P. Carrette.

L'Epilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde, par le docteur Gilbert Robin (1 vol. in-16, 150 pages, in *Coll. des Actualités de Médecine pratique*. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1932).

Bien qu'il déclare préférer le terme de constitution épileptoïde à celui de caractère épileptoïde, *M. Gilbert Robin* emploie ce dernier pour laisser, écrit-il, les faits se dégager d'eux-mêmes et s'imposer à l'observateur. Il ajoute, d'ailleurs, que pas plus que celui de tempérament, le terme de constitution, ne répond exactement à l'idée qu'il se fait de l'épileptoïdie, conception d'ailleurs très controversée (1) et qui est l'œuvre de *Mme Minkowska.*

Il va jusqu'à penser que ce caractère, ensemble de dispositions, de tendances, a des traits plus spécifiques dans l' « épileptoïdie » sans crises convulsives que dans l'épilepsie avérée toute en manifestations aiguës.

Après l'étude des crises paroxystiques, des absences, des vertiges chez l'enfant et de leur diagnostic avec la tétanie, la psycholepsie, l'hystérie, la cataplexie, l'auteur passe en revue les troubles intellectuels (bradypsychie, obnubilation « épileptique ou épileptoïde », troubles de l'écriture), les troubles « psychiques » (colère, troubles de l'humeur et du caractère, turbulence, troubles du sommeil, énurésie nocturne, facteurs héréditaires, fugues, vols), de l' « épileptoïdie infantile », donne quelques exemples de diagnostic différentiel et termine par quelques considérations de thérapeutique et d'orientation professionnelle.

Ce petit livre que, M. Gilbert Robin déclare en conclusion n'être qu'une ébauche, apparaîtra à beaucoup comme une assimilation et une généralisation peut-être un peu hâtives de faits intéressants.

René Charpentier.

L'enfant distrait et inattentif, par le Dr Gilbert Robin. (1 vol., in-12, 95 pages, in *Cahier de la Centrale*, vol. V, Centrale du P. E. S. de Belgique édit., Liège 1932).

Dans ce petit livre, *M. Gilbert Robin* présente un essai de dissociation des états psychiques disparates réunis sous le nom d'inattention et qu'il distingue de la distraction, de la rêverie, de l'étourderie, de la dissipation.

L'inattention elle-même peut être une inattention par défaut (aprosexie) ou une inattention par diffusion (hyperprosexie) selon que l'attention est absente ou diffuse, éparpillée. Au contraire de l'aprosexique, l'inattentif hyperprosexique est en même temps un distrait s'il s'intéresse aux mille objets qui le sollicitent.

Parmi les aprosexiques, l'auteur range les enfants fatigués, surmenés, les insuffisants respiratoires, les asthéniques constitutionnels, les asthéniques par insuffisance cérébrale, les déprimés constitutionnels, les hypothyroïdiens, les myxœdémateux, les arriérés simples.

Parmi les hyperprosexiques, sont décrits, avec certains fatigués, surmenés et insuffisants respiratoires, des excités hypomaniaques, des instables dysglandulaires, des débiles intellectuels, des instables psychomoteurs de types divers.

(1) Voir *Ann. Méd.-psych.* février 1931, pages 180 à 193 ; mars 1931, pages 291 à 300.

En terminant cette intéressante étude, *M. Gilbert Robin* rappelle la part importante des états affectifs, sinon dans l'étiologie de ces troubles, au moins comme facteur d'aggravation et différencie l'inattentif, qui n'est pas forcément distrait, du distrait, qui est forcément inattentif et qui « pèche par indifférence », et de l'étourdi, qui « pèche par jugement ».

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

L'envie. Son rôle social, par Eugène RAIGA. 1 vol. in-8°, 268 pages, Paris, Alcan, 1932.

L'envie a son fondement dans l'ambition naturelle à tout individu de s'élever dans la hiérarchie de la société à laquelle il appartient. La condition essentielle de sa naissance est une communauté d'aspirations, d'intérêts, d'occupations ou d'éléments quelconques entre l'envié et l'envieux. On n'envie ni ne jalouse le succès d'un inconnu. L'admiration, ce sentiment antagoniste de l'envie, naît d'autant plus aisément que dans la vie de l'admiré rien ne porte ombrage à l'admirateur.

L'envie sous sa forme vulgaire est la réaction honteuse de l'égoïsme devant le succès d'autrui : c'est le « pourquoi pas moi ? ». Elle est d'autant plus odieuse que ce succès est plus mérité. Sous sa forme indignation elle est la noble réaction du sens moral devant le succès immérité.

Sœur de l'envie, la jalousie est la réaction à la crainte d'un échec ou d'une dépossession et comme telle excite à l'action. L'envie est la réaction à la constatation d'une défaite et par conséquent elle tend à paralyser.

La gamme des manifestations de l'envie est très étendue : dénigrement, prétérition, calomnie, ironie, violences, meurtre, suicide. Facteur de méfaits, elle a cependant d'heureux effets sur l'envieux lui-même qu'elle peut stimuler à bien agir, sur l'envié qu'elle pousse à la modestie, vraie ou fausse et qu'elle incite à se rendre digne de son succès pour se le faire pardonner.

L'envie est étudiée dans les divers groupements sociaux : famille, amis, petite ville, capitale, professions (avocats, médecins, fonctionnaires, militaires, gens de lettres, poètes, peintres, sculpteurs, musiciens, savants, critiques, prêtres, politiciens), nations. Et les réfractions qu'elle subit dans chacun de ces milieux sont notées avec une précision nuancée, sont illustrées d'exemples savoureux pris dans l'histoire, la littérature, l'art et l'actualité, sont commentées avec la sagesse et la mesure que seule peut donner l'alliance d'un jugement droit, d'une vaste culture générale et d'une longue pratique des hommes de toutes les catégories sociales, pratique acquise en partie durant la carrière administrative de l'auteur qui fut notamment directeur du service des aliénés à la Préfecture de la Seine.

Episodiquement, maints problèmes psychologiques sont effleurés, et par cet effleurement un peu dépouillés de leur mystère : ceux des interréactions du gendre et de la belle-mère, des interréactions du père et de la fille, celui de la perennité de l'amitié, celui du rôle des facteurs sociaux dans la genèse de la mentalité du concierge et des domestiques de la civilisation contemporaine. Il est enfin montré comment la blague, cet élément spécifique de la mentalité française, n'est qu'un jeu sans malice et où il n'y a pas de perdant.

Signalons en terminant la portée morale de cet ouvrage qui, animé du

souffle de Diderot, découvre dans la passion les virtualités de la vertu à côté de celles du vice. Indiquant le rôle utile de l'envie, il prouve que le bien peut naître du mal, et ce faisant, il incline le lecteur à une philosophie souriante et optimiste, essentiellement pragmatique, aussi éloignée de l'ironie stérilisante que du mysticisme aveugle et fourvoyant.

Paul COURBON.

NEURO-PSYCHIATRIE

Les troubles du sommeil. Hypersomnies, insomnies, parasomnies, par Henri ROGER, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Marseille. (1 volume in-12, 206 pages, in *Collection de Médecine et Chirurgie pratique*, Masson et Cie Edit., Paris 1932).

Le Professeur *Henri Roger* consacre d'abord un important chapitre préliminaire à l'exposé des notions actuelles sur le sommeil normal, étude physiologique et mécanisme. Il en résulte qu'on peut admettre deux sommeils : l'un, mésodiencéphalique ou infundibulotubérien, permettant encore un certain automatisme, de marcher endormi par exemple, l'autre cortical, plus profond, dans lequel la conscience serait plus complètement abolie. Le premier correspondrait au sommeil cérébro-spinal, l'autre au sommeil psychique. Mais le sommeil infundibulotubérien, le sommeil sous-cortical, cérébro-spinal, comporte un élément parasympathique. D'où cette conclusion que l'intrication d'un triple organisme, parasympathique, cérébro-spinal, psychique, explique le sommeil normal.

L'ion calcium, qui joue un rôle important dans le mécanisme régulateur des glandes à sécrétion interne, en se fixant sur les centres mésodiencéphaliques, à la fois régulateurs du sommeil et des fonctions organovégétatives, produit la somnolence. Mais pour que le véritable sommeil se réalise, il paraît nécessaire qu'une inhibition de l'écorce, abolissant la conscience, s'ajoute à l'excitation des centres hypniques mésodiencéphaliques.

Les plus fréquents des troubles du sommeil sont les hyposomnies, plus communément appelées *insomnies*. L'auteur expose leurs variétés étiologiques et leur thérapeutique. Il divise ensuite les *hypersomnies* en deux groupes suivant qu'elles sont de type continu, durant souvent plusieurs jours ou plusieurs semaines, ou de type paroxystique, ne dépassant pas quelques minutes ou quelques heures et réalisant le tableau de la *narcolepsie*.

Cette excellente monographie se termine par l'étude de petits troubles assez fréquents de la fonction hypnique, troubles du sommeil, différents de l'insomnie et de l'hypersomnie, et que M. Henri Roger décrit sous le nom de *parasomnies :* rêves et cauchemars, terreurs nocturnes des enfants, crises de somnambulisme, rythmies du sommeil, etc...

René CHARPENTIER.

Les dyspepsies nerveuses, par M. CHIRAY et P. CHÊNE. 1 vol. 212 pages. Collection des manuels de *Médecine et Chirurgie Pratique, Masson et Cie, Editeurs*. Paris, 1931.

La limitation du sujet délicat traité par Chiray et Chêne nous entraîne dans des chapitres de la pathologie nerveuse et digestive très différents de

ceux auxquels s'attache en général l'esprit du public et même celui d'un grand nombre de médecins. Une dyspepsie nerveuse est un trouble de la digestion gastrique lié à une altération du système nerveux, soit végétatif, soit cérébro-spinal. Cette étude élimine les nombreux troubles stomacaux chroniques compliqués plus ou moins tardivement d'états névropathiques ; ceux qui masquent des lésions digestives de voisinage (ulcère duodénal, péricolite) ou des affections abdominales intéressant le foie, les reins, les organes sexuels ; ceux qui apparaissent au cours d'insuffisances endocriniennes ; ceux qui relèvent nettement et primitivement de la psychiatrie et atteignent les délirants, les mélancoliques et les hypocondriaques. Tous ces éléments du problème sont étudiés brièvement aux chapitres cliniques quand il s'agit d'établir un diagnostic différentiel et de sérier les dyspepsies dites secondaires.

Ainsi serrée de près, la question des dyspepsies nerveuses offre encore des éléments d'un gros intérêt et beaucoup d'inconnues. Elle a permis aux auteurs de faire un court exposé historique, de rappeler l'état de nos connaissances sur l'innervation gastrique et sa physiologie, de décrire les symptômes digestifs des affections cérébrales et médullo-radiculaires et des états de déséquilibre neuro-végétatif.

Il faut être reconnaissant à Chiray et à Chêne d'avoir courageusement abordé ces problèmes de pathologie digestive qui laissent si souvent dans l'embarras les cliniciens les plus avertis. Leur livre renferme des faits cliniques nombreux, des reclassements ingénieux à propos des vomissements et des crises douloureuses constatés au cours d'états neurologiques variés ; il abonde en conseils thérapeutiques dont tous les médecins et en particulier les spécialistes des maladies de l'estomac et les neuro-psychiatres feront fréquemment leur profit.

P. Carrette.

NEUROLOGIE

Psychopathologie des mouvements involontaires et des crises oculogyres de l'encéphalite léthargique, par Smith Ely Jelliffe. 1 vol., 219 pages. *Nervous and Mental Disease Publishing C°.* New York & Washington, 1932.

L'histoire des tics et des troubles psycho-moteurs s'est trouvée singulièrement bouleversée par les découvertes neuropsychiatriques de ces dernières années. Le syndrome de l'encéphalite léthargique prendra ses racines dans des études cliniques bien antérieures à l'épidémie récente. S'il convient d'être circonspect sur l'incorporation de certains signes dans le cadre de l'encéphalite, en revanche, des névraxites de nature jusqu'ici indéterminée, y trouveront leur place quand un recul suffisant permettra de réviser les commentaires qu'elles ont inspirées à l'époque de leur publication.

C'est dans cet esprit large que Smith Ely Jelliffe aborde l'étude des crises oculogyres de l'encéphalite. Son livre est d'une présentation nouvelle et logique qui permet de suivre le développement d'aperçus hardis. L'historique général est suivi d'un défilé chronologique des observations glanées dans la littérature médicale où les phénomènes moteurs sont résumés. Ce travail a déjà été tenté; mais on n'en avait pas tiré tout le profit désirable, car il manquait à ces revues, à côté des notes d'intérêt purement neurologi-

que, l'analyse de l'état affectif du patient. Les observations personnelles sont faites également en vue de l'étude actuelle.

Chez les parkinsoniens, on a maintes fois traité la question des rapports des impulsions au rire et au pleurer avec l'humeur du sujet. Il est certain qu'une discordance existe. Il y a d'autre part chez les encéphalitiques des expressions pathétiques commandées par des déviations oculaires non accompagnées de tristesse ou d'angoisse. Cependant, dans beaucoup de cas, des crises oculogyres ont été signalées en même temps que des phénomènes anxieux à caractère paroxystique. Comment s'établit la corrélation entre ces troubles affectifs et les spasmes oculaires ? Comment les localisations toxi-infectieuses vont-elles s'associer dans ces états pathologiques pour exprimer l'interdépendance du physique et du moral ou au contraire provoquer des troubles de l'expression de la pensée ?

Smith Ely Jelliffe, en interprétant les faits cliniques, évoque les discussions qu'ont suscitées les observations de troubles respiratoires encéphalitiques. Ces problèmes touchent à la question de l'hystérie, à celle des rapports entre les troubles cérébraux d'origine corticale, les lésions des noyaux gris centraux et les déséquilibres neuro-végétatifs. Par des procédés qui découlent des conceptions psychanalytiques, l'auteur montre comment la personnalité psychique réagit aux différentes influences pathologiques qui s'exercent sur le système nerveux central. P. CARRETTE.

La Syringobulbie. Contribution à la physiopathologie du tronc cérébral. par N. JONESCO-SISESTI. Préface du professeur Georges GUILLAIN. (1 vol. in-8°, 392 pages, 28 fig. hors texte, Masson et Cie, édit., Paris, 1932).

La syringobulbie apparaît comme l'équivalent bulbaire de la syringomyélie. Elle a même signification, pouvant rester indépendante de celle-ci ou coexister avec elle. C'est la même maladie à un étage supérieur du névraxe.

Mais si la cause est commune, les manifestations cliniques en sont toutes différentes et la syringobulbie mérite d'être présentée comme une entité à part dans la nosographie du système nerveux.

Dans ce volume se trouvent exposées l'histoire clinique de la syringobulbie et une étude anatomique très complète basée sur des examens entièrement personnels. L'auteur, d'ailleurs, ne s'est pas borné à une description purement clinique et anatomo-pathologique. Ses constatations lui ont permis d'aborder de nombreux problèmes de la physio-pathologie du tronc cérébral. En apportant à ce débat un matériel assez abondant il a établi un lien entre les résultats expérimentaux, les lésions anatomiques trouvées chez l'homme et les phénomènes cliniques observés. Certaines parties contiennent des descriptions tout à fait nouvelles. L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'Adolescence, par Jacques ROUBINOVITCH. Conférence faite au *Palais des Examens,* 3 BIS, rue Mabillon, Paris, 1 brochure, 16 pages *Imprimerie Coueslant.* Cahors, 1931.

Le conférencier s'adresse à des éducateurs et leur rappelle que si l'on a fait beaucoup pour l'enfance, on s'est intéressé moins chez nous à l'étape suivante de la vie, tandis qu'ailleurs, dans les pays anglo-saxons surtout,

les psychologues et les pédagogues ont recherché les procédés les meilleurs pour guider l'évolution de l'être humain à la phase pubère.

Cette phase est annoncée par l'augmentation rapide de la vitalité : endurance physique, résistance joyeuse, assimilation intense des données psychiques et mise en œuvre des automatismes cérébraux. Un stade difficile succède à cette préparation, c'est celui des dysharmonies, du mélange des traits persistants de l'enfance et de ceux de l'âge adulte, d'où résulte un malaise, une difficulté d'adaptation qui peut, mal dirigée, avoir des conséquences néfastes pour l'avenir de l'individu. Roubinovitch passe en revue les principales modifications physiques qui surviennent alors : augmentation sensible de la capacité respiratoire, transformation des organes sexuels, des glandes thyroïdienne, hypophysaire, et l'évolution du psychisme : cœnesthésie débordante, apparition de l'altruisme. La délicatesse de toutes ces transitions est trop connue pour qu'on y insiste. Toute orientation défectueuse, tout choc émotif chez un être, parfois héréditairement fragile, amorcent ces psychoses si graves et parfois définitives. L'auteur aborde alors le problème de l'éducation sexuelle. Il fait la critique de l'initiation collective et se déclare partisan de l'instruction individuelle par l'entremise familiale. La famille risque souvent de commettre des erreurs et le conseil du médecin, comme celui du pédagogue, peut être très utile. A l'occasion de cette initiation, l'adolescent révèle souvent des tendances, des penchants pour tel ou tel genre d'activité qui demandent à être encouragés, guidés. Combattus sans discernement ils sont l'origine de refoulements et, plus tard, d'une névrose.

De tels entretiens, avec le concours d'un psychiatre d'une expérience consommée comme M. Roubinovitch, devraient être répétés et diffusés, pour le plus grand bien des éducateurs, des familles et des jeunes gens.

P. Carrette.

Sur l'hygiène mentale, par Josef Lundahl. *Acta Psychiatrica et Neurologica.* 1 vol., 299 pages. *Levin & Munksgaard Publishers.* Copenhague, 1932.

Il est curieux de trouver dans un centre comme celui de Wisby, vieille cité hanséatique, capitale de la petite île de Gottland (Suède), une organisation médicale qui ferait envie à bon nombre de nos provinces. Le Dr J. Billström, qui a eu l'heureuse idée de recueillir les papiers posthumes de Lundahl, nous permet d'apprécier l'effort de la science et de l'assistance psychiatrique sur ce territoire de 50.000 habitants, divisé en 5 districts médicaux, dont le centre de Wisby possède un hôpital et un asile avec 4 spécialistes. Les considérations cliniques, eugéniques et prophylactiques de Lundahl méritent une lecture attentive. Les idées les plus modernes y sont exposées et discutées avec compétence.

P. Carrette.

THÉRAPEUTIQUE

Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires, par Mlle le Dr H. Hoffer et Mlle Angles avec la collaboration du Dr Léopold Lévi. (1 vol. in-8°, 238 pages, 57 fig. et tableaux, in *Coll. des Manuels de Rééducation,* G. Doin et Cie, édit., Paris, 1932).

Un grand nombre d'enfants sont hors d'état de retirer un bénéfice quelconque des méthodes ordinaires d'éducation dans les classes d'enseignement

collectif. Le dépistage de ces enfants doit être fait très tôt. En cas d'arrêt, de ralentissement ou d'irrégularité dans le développement physique et mental, le contrôle devra être fait par l'utilisation de tests courants, fiches, échelles, profils, etc. L'examen mettra en évidence les causes habituelles, héréditaires ou accidentelles, de déficiences psychiques vraies ou fausses.

Le diagnostic fait, sera mise en œuvre une rééducation psycho-pédagogique dont sont exposés ici les premiers principes (cadre, milieu, matériel d'enseignement) et la technique (éducation motrice et sensorielle, éducation intellectuelle, éducation du caractère), rééducation dont le succès dépendra avant tout des qualités du maître.

Les faux déficients psychiques par suite de troubles de l'audition ou de la vue verront corriger l'infirmité responsable, et *M. Léopold Lévi* montre comment les déficiences psychiques et les retards scolaires d'origine endocrinienne pourront être diagnostiqués et traités.

Un exposé de ce qui a été fait termine cet intéressant et très utile manuel et montre à ceux qui pourraient l'ignorer la grandeur et l'importance de la tâche à accomplir pour éclairer parents et maîtres, donner à ces sujets des centres de rééducation médico-psychologique, de nombre suffisant et d'organisation bien adaptée, dans lesquels ils trouveront la possibilité d'échapper à « des souffrances injustes et des inégalités réparables ».

Avant tout, formons des éducateurs.

L'éducateur est « celui qui sait, tour à tour, suggérer, guider, éclairer, tout en respectant les faibles natures à lui confiées ; celui qui se montre compréhensif, indulgent, et ferme cependant ; optimiste sans lassitude et vigilant sans défaillance ; celui qu'on sent toujours prêt à se donner tout entier à son œuvre et qui, dès lors, par sa seule présence, communique la force, éveille l'énergie, fait naître la confiance et semble, presque, créer, par sa conviction contagieuse et profonde, cette flamme susceptible de triompher de toutes les déficiences de la matière ».

Qui ne voudrait être celui-là ? Qui peut se flatter d'y parvenir ?

René CHARPENTIER.

Introduction à la chirurgie nerveuse par E.-E. LAUWERS, de l'Université de Gand. Préface du professeur G. Guillain (1 vol. 122 pages. Masson et Cie édit., Paris 1932).

Tout chirurgien peut aborder sans appréhension la chirurgie nerveuse ; les exigences de l'anesthésie, de l'hémostase, du maniement des tissus sont les mêmes qu'en chirurgie générale et les différences sont plus apparentes que profondes. Mais un neuro-chirurgien ne devra pas être seulement un opérateur habile des lésions dites chirurgicales du système nerveux, il devra avoir aussi des connaissances précises sur la physiologie, l'anatomie pathologique et la clinique neurologique.

Le professeur Lauwers met au point les questions neurologiques qui sont abordées par le chirurgien, il délimite également le domaine actuellement connu de la chirurgie nerveuse, il en précise les techniques.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La Société Médico-Psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance. Cette *séance,* exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 21 juillet 1932,* à 9 h. 1/2 *très précises,* à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société Médico-Psychologique ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 24 octobre 1932,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le Dr TARBOURIECH est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé, faisant fonctions d'Asile public d'aliénés du Bon-Sauveur de Picauville (Manche).

M. le Dr MENGER est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés du Bon-Sauveur de Bégard (Côtes-du-Nord).

M. le Dr DUCOUDRAY est nommé médecin-chef du service d'aliénés de l'Hospice d'Agen (Lot-et-Garonne).

Association mutuelle des Médecins Aliénistes de France.

A l'Assemblée générale, tenue 12, rue de Seine, à Paris, le lundi 23 mai 1932, ont été élus ou réélus membres du Comité : MM. Frantz ADAM, DUPAIN, M. OLIVIER, RAYNEAU, SEMELAIGNE et VURPAS.

Le *Bureau* pour 1932 est composé de :

Président : M. CULLERRE.
Vice-Président : M. SEMELAIGNE.
Secrétaire : M. SCHUTZENBERGER.
Trésorier : M. DUPAIN.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIe Session (Limoges 25-30 juillet 1932).

Il est rappelé que la XXXVIe session du *Congrès des aliénistes et neurologistes* aura lieu, ainsi qu'il a été annoncé, à *Limoges*, du 25 au 30 juillet 1932, sous la *présidence* du professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Montpellier, et la *vice-présidence* du professeur Georges GUILLAIN. Font également partie du Bureau : le Dr René CHARPENTIER, *secrétaire général permanent*, le Dr VIGNAUD, *trésorier* et le Dr CALMETTES, *secrétaire annuel*.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : *le rôle et l'importance des constitutions en psychiatrie*, par le Dr Achille DELMAS, d'Ivry-sur-Seine ; *les leucoencéphalites*, par le Dr MOREAU, de Liége ; *la protection des biens des psychopathes*, par le Dr LAUZIER, de Clermont-de-l'Oise.

Contrairement à ce qui a été annoncé sur le programme officiel, la *Séance solennelle d'ouverture* et les *séances* consacrées à l'exposé et à la discussion des rapports et des communications, se tiendront dans la *Salle des Fêtes* de l'*Hôtel de Ville de Limoges*. Exception sera faite pour la séance du *mardi matin 26 juillet* et pour la séance du *mercredi après-midi 27 juillet*, qui se tiendront dans l'une des salles de l'*Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges*. C'est au cours de ces deux séances que pourront être faites des projections.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux discussions des rapports ou présenter des travaux sont priés de s'inscrire le plus tôt possible auprès du *Secrétaire général* [Dr René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine)], en indiquant le titre de leurs communications.

En dehors des questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est accepté des communications sur tous sujets de psychiatrie, neurologie, assistance, thérapeutique et médecine légale neuro-psychiatriques.

Pour tous renseignements concernant l'organisation *locale* du Congrès, s'adresser, soit au *Secrétaire annuel* (Dr CALMETTES, Médecin-Chef à l'Asile de Naugeat, à Limoges), soit à l'*Agence* EXPRINTER, 26, avenue de l'Opéra, à Paris.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par le Dr VIGNAUD, *trésorier*, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

XXXVIIe Session (1933).

Par lettre datée du 1er juillet 1932, M. le *Commissaire Résident général de la République Française au Maroc*, a bien voulu aviser le Secrétaire général du Congrès que, mis au courant par M. le Dr COLOMBANI, *Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques*, du vœu exprimé par les congressistes de tenir à *Rabat* une des sessions du Congrès, il sera « heureux d'accueillir à Rabat, en 1933, les aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française ».

CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Le *XVIII^e Congrès de médecine légale de langue française* se tiendra à *Paris*, à la fin du mois de *mai 1933*.

Le Bureau est constitué ainsi :

Président : M. le Doyen BALTHAZARD.
Vice-Présidents : MM. BELOT, René CHARPENTIER et LÉVY-VALENSI.
Secrétaire général : M. PIÉDELIÈVRE.
Secrétaires des séances : MM. DESOILLE et SZUMLANSKI.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du XVIII^e Congrès:

I. Technique médico-légale : *La Bactériologie en Médecine légale.* — Rapporteur : M. le Professeur CHAVIGNY (de Strasbourg).

II. Pathologie traumatique : *Le delirium tremens dans ses rapports avec les traumatismes.* — Rapporteur : M. le professeur agrégé MAZEL (de Lyon).

III. Criminologie : *Les aliénés en liberté.* — Rapporteur : M. le professeur Henri CLAUDE (de Paris).

SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE CRIMINELLE

Cette Société, qui réunit des psychiatres, des juristes et des parlementaires, s'est constituée à Paris sur l'initiative du D^r TOULOUSE, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, président de la Ligue Nationale d'Hygiène Mentale, qui a été élu *président*. M. Justin GODART, aujourd'hui Ministre de la Santé Publique, a accepté la *présidence d'honneur*. Les professeurs Charles ACHARD, de l'Institut, et Henri CLAUDE, professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine, font partie du *Comité d'Honneur*. Le D^r André CEILLIER a été nommé *secrétaire général* et le D^r Paul SCHIFF, *secrétaire général adjoint*.

Neuf *Commissions* ont été constituées : 1° *Action parlementaire* (Présidents : MM. Penancier et André Hesse ; rapporteur : M. Blacque-Belair) ; 2° *Organisation de la prophylaxie criminelle* (D^r Toulouse) ; 3° *Etablissements pénitentiaires, expertises et psychiatrie criminologique* (prof. Henri Claude) ; 4° *Réforme pénale* (prof. Hugueney) ; 5° *Biotypologie criminelle* (prof. A. Gosset et prof. Laugier) ; 6° *Enfance délinquante* (D^r J. Roubinovitch et D^r Heuyer ; 7° *Facteurs sociaux du crime* (M^e Campinchi) ; 8° *Criminologie sexologique* (Mme Maria Vérone et D^r Rogues de Fursac) ; 9° *Alcoolisme et toxicomanies* (prof. Charles Achard et sénateur Fernand Merlin).

Au cours de la *première réunion*, présidée par M. Justin GODART, et à laquelle ont notamment participé M. Georges LEREDU, sénateur, ancien Ministre et M. Paul MATTER, procureur général près la Cour de Cassation, le D^r TOULOUSE a insisté sur ce fait que les criminels, qui sont le plus souvent des anormaux et des psychopathes, attirent d'habitude, avant leurs attentats, l'attention de leurs proches ou des tiers par leur comportement (injures, menaces, violences, etc.). Ces actes, qui ne tombent pas toujours sous le coup de la loi, les rendent suspects à leur entourage et sont suffisants pour que ces individus soient signalés aux Centres de Prophylaxie mentale ou aux services de psychiatrie. Il serait urgent que les examens de

ces sujets, aux fins de dépistage, de traitement et d'isolement, fussent facilités par les organismes actuels de justice et de police.

La détermination de l'*état dangereux* d'un individu avant qu'il n'ait commis un acte constituant une infraction à la loi pénale et justifiant des mesures de protection est d'une importance capitale. Une loi, nécessaire, devrait s'inspirer, après une étude psychiatrique et juridique complète, des projets et dispositions envisagés dans les divers pays. Ce serait le moyen le plus sûr de se préserver contre les anormaux qui troublent chaque jour l'ordre social et la sécurité des personnes.

Le professeur Henri CLAUDE a rappelé la nécessité de prendre des mesures à l'égard des récidivistes et de rechercher dans les *Annexes psychiatriques des prisons* les tarés psychiatriques de ces délinquants afin de les placer, le cas échéant, dans des *asiles de sûreté,* ainsi que cela se fait en Belgique. M. H. CLAUDE a proposé la création d'une Commission composée de médecins-experts, magistrats et avocats, Commission devant laquelle seraient amenés les individus dangereux, et qui tenterait de les décider à demander leur admission dans un service psychiatrique.

CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

La Société de Médecine mentale de Belgique et la Société belge de Neurologie organisent le *XI^e^ Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie* qui se tiendra à *Gand* les *samedi 24 septembre* et *dimanche 25 septembre 1932.*

Pour tous *renseignements,* s'adresser au D^r^ A. LEROY, *Secrétaire permanent* des Congrès belges de Neurologie et de Psychiatrie, 18, rue Beeckman, à *Liége.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 44.571

Tome II. — N° 2 Juillet 1932

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LA MIMIQUE VOCALE

PAR

Georges DUMAS

On réserve d'ordinaire le nom de mimique à l'art d'imiter ou de peindre par l'expression du visage et par le geste, que cet art seconde le discours ou qu'il s'en affranchisse et on oublie qu'il y a aussi une mimique vocale infiniment plus savante et plus nuancée que la mimique motrice et beaucoup plus précieuse pour la compréhension du langage parlé. Cette mimique marque volontairement, sous une forme éclatante ou discrète, la joie, le désir, l'étonnement, la crainte, c'est-à-dire des sentiments ; ou bien encore des interrogations, des affirmations, des exclamations, c'est-à-dire des attitudes mentales où entre toujours une part d'affectivité.

La mimique vocale suffit, par de simples inflexions de voix, pour changer le sens d'une phrase et même pour lui donner quelquefois un sens tout à fait contraire à celui des mots employés. Comme le remarque Charles Bally, la petite phrase : « Vous êtes là », peut devenir, suivant l'intonation, une interrogation ou une constatation, exprimer le reproche, la joie, la colère, la peur, toutes les émotions humaines.

La mimique vocale est constante ; elle accompagne nos moindres paroles ; elle en est la bonne ou la mauvaise chanson, et si

nous n'en avons pas une conscience aussi nette que de la mimique motrice, c'est qu'elle fait partie intégrante du langage oral, et même du langage intérieur, dont elle est le perpétuel commentaire. On peut concevoir un orateur — et il y en a — qui, sans aucune mimique motrice, par le seul jeu de sa mimique vocale, arriverait non seulement à se faire comprendre très exactement, mais à émouvoir ; on conçoit plus difficilement que, même avec une articulation très distincte et une mimique motrice des plus savantes, on puisse arriver, sans mimique vocale, au même résultat ou s'en approcher.

On a beaucoup étudié la mimique motrice et les ouvrages de Piderit, de Hughes, de Gratiolet, qui traitent de cette question et sont aujourd'hui classiques, encore qu'ils aient laissé dans l'ombre bien des points essentiels. On s'est occupé beaucoup moins de la mimique vocale. Les ouvrages consacrés au langage, même les plus modernes et les mieux informés, n'en parlent pas. C'est un langage squelettique que ces ouvrages considèrent, un langage de mots diversement agencés suivant les lois de la syntaxe et de la grammaire, et artificiellement séparé de cette mimique vocale qui lui donne tout son charme et une partie de son sens. Seuls, les ouvrages de stylistique et de phonétique, comme ceux de Charles Bally et Maurice Grammont, font à la mimique vocale la place qui lui convient.

⁂

Ce que fait la difficulté particulière du sujet, c'est l'impossibilité où nous sommes de connaître et d'analyser par la vue les mouvements du larynx, qui conditionnent la mimique vocale comme le langage parlé lui-même. Les mouvements du pianiste, ceux de la tricoteuse, les contractions des muscles du visage par lesquelles nous imitons la joie ou la colère, peuvent, à chaque instant, être contrôlés par la vue, soit que nous les observions chez nous-mêmes, soit que nous les observions chez autrui ; l'œil qui les suit les décompose et nous les fait connaître dans leur détail autant que dans leur ensemble.

Au contraire, la plupart des muscles affectés à la mimique vocale, comme la plupart des muscles affectés à la phonation et à l'articulation, échappent à l'analyse et au contrôle de la vue.

Sans doute, il nous vient de ces muscles des sensations tactiles et des sensations de mouvement, mais elles restent les unes et les autres très confuses. La conséquence, c'est que nous gouvernons par la volonté bien plus le résultat final et oral des contrac-

tions des muscles du larynx que ces contractions elles-mêmes. Bien que ces muscles soient striés et volontaires comme ceux de la main ou des doigts, nous ne savons leur donner des ordres qu'en leur assignant un but à atteindre. On dit à un sujet : « Fléchissez vos doigts », mais on ne lui dit pas : « Ecartez vos cordes vocales ». On lui dit : « Faites A A A ».

C'est l'ouïe, et l'ouïe seule, qui contrôle les mouvements nécessaires à la mimique vocale, comme les mouvements nécessaires à la voix, et ce contrôle s'exerce, sur des résultats sonores qui représentent des réussites par rapport à des mouvements que le jeune enfant produit d'abord au hasard. Une fois le résultat atteint, la répétition le fixe si bien qu'il peut se reproduire sans autre point de repère que quelques sensations tactiles ou motrices, et finalement s'associer automatiquement, quand nous voulons parler, aux souvenirs et aux images de l'ouïe.

Comme on l'a souvent remarqué, ce qui fait la force de cet automatisme de la parole, c'est qu'il s'apprend dès les premiers mois et s'exerce pendant toute l'existence par l'usage du langage parlé ou du langage intérieur ; mais ce qui fait sa faiblesse, c'est qu'il s'exerce pour ainsi dire dans la nuit, une nuit qui empêche de connaître et de détailler, et qui ne laisse arriver à notre conscience que des résultats sonores et globaux. C'est avec ces résultats sonores que nous devons construire notre langage et notre mimique vocale.

Encore, pour le langage, s'agit-il seulement d'exécuter les mouvements du larynx, de la langue et des lèvres, qui correspondent à telle voyelle, à telle consonne ou à telle syllabe ; pour la mimique vocale, il s'agit de reproduire, dans ces mouvements, les variations délicates que les émotions ou les sentiments y introduisent. Et ce sont les raisons pourquoi le sujet de la mimique vocale, difficile entre tous, est encore si peu connu.

Il n'y a qu'une façon de nous en sortir : c'est d'examiner d'abord quels changements sont produits dans la voie humaine par les diverses émotions et de rechercher ensuite comment nous imitons ces changements. La méthode peut paraître grossière, car les émotions qui modifient assez la voix pour que leurs effets se prêtent à l'analyse sont des émotions en général assez fortes et la mimique vocale cherche et réalise sans cesse des effets très discrets ; mais il est bien évident, cependant, qu'en dépit de la discrétion avec laquelle elle sait imiter ses modèles, elle ne peut les prendre que dans la réalité.

⁂

On a signalé de tout temps l'influence des émotions sur la voix, mais l'étude de cette influence est récente. Amman l'avait amorcée en 1692 dans son *Surdus loquens,* avec les connaissances sommaires dont il disposait. Spencer l'a faite en 1857 dans un article sur l'*Origine et les fonctions de la musique,* qui, pour avoir été dépassé sur beaucoup de points par les recherches contemporaines, n'en garde pas moins, dans son ensemble, beaucoup d'intérêt.

L'erreur de Spencer est de penser que les cas où les émotions se traduisent par la paralysie ou l'arrêt des mouvements vocaux sont très rares ; ces cas sont, au contraire, très nombreux ; mais, par contre, il écrit très justement que les muscles de la voix obéissent aux mêmes lois que les autres muscles volontaires du corps. Il a même écrit ailleurs que les muscles de la voix, étant les plus légers et les plus délicats, sont les premiers atteints par la vague émotionnelle, et, sur ce point comme sur bien d'autres, l'expérience lui donne raison.

Il y a en effet un parallélisme entre toutes les variations musculaires de l'émotion et très certainement une cause cérébrale commune : « C'est pour cela, écrit Spencer, que Carlo aboie aussi bien qu'il saute quand il se voit détacher, que Puss ronronne tout en dressant la queue, que le serin gazouille en même temps qu'il sautille. C'est pour cela que le lion rugit tout en battant ses flancs, que le chien gronde en retroussant sa lèvre. C'est pour cela qu'un animal qui s'estropie non seulement se débat, mais hurle, et c'est la raison pourquoi les êtres humains expriment leur souffrance non seulement par des contorsions mais par des cris et des gémissements ; pourquoi, dans le chagrin, la peur, la colère, les gestes sont accompagnés de vociférations, pourquoi les sensations agréables sont suivies d'exclamations et pourquoi nous savons, par expérience, ce qu'est un cri de joie et une clameur d'allégresse. » (383).

Spencer ajoute que les muscles du larynx et de la poitrine (comme tous les autres muscles volontaires), se contractent d'autant plus que les émotions sont plus intenses, ce qui n'est vrai que pour les émotions qui excitent et non pour les émotions qui déprimment ou qui paralysent. C'est seulement dans les émotions excitantes que des contractions des muscles vocaux interviennent pour modifier la voix ; dans les émotions déprimantes, les mêmes muscles se relâchent et l'on a affaire alors à des modifications toutes différentes.

« Voyons, conclut-il, si ces contractions nous suffisent pour rendre compte des particularités essentielles de l'expression

vocale des émotions, et groupons-les sous ces titres : intensité, qualité ou timbre, hauteur, intervalles, vitesse relative des variations. » (384). Nous suivrons cet ordre en parlant aussi de la durée de la voix que Spencer a tort d'omettre et en nous appuyant, pour les autres caractères de l'expression orale, sur des données physiologiques qu'il ne pouvait avoir en 1857.

L'intensité de la voix dépend de l'amplitude des vibrations des cordes vocales, et par conséquent de la force avec laquelle le courant-d'air de l'expiration vient frapper les bords de la glotte, c'est-à-dire l'orifice du pharynx, que les cordes vocales circonscrivent. La voix augmente ainsi d'intensité sous l'influence d'une émotion tonique, comme les formes excitées de la joie ou de la colère, et elle diminue d'intensité sous l'influence d'une émotion déprimante, comme les formes les plus fréquentes de la tristesse ou de la peur. Ce sont les variations de volume du thorax et de force dans les muscles expirateurs qui font varier l'énergie du courant d'air expiré et l'intensité vocale elle-même.

Tout ceux qui ont l'habitude des aliénés savent combien les malades qui sont en état d'excitation joyeuse ou coléreuse parlent fort et combien les mélancoliques, les déprimés, parlent bas au contraire, quand ils parlent ; or, la force musculaire des premiers, mesurée à la main droite avec le dynamomètre de Regnier s'élève jusqu'à 50 et 60 kgr., tandis que la force musculaire des seconds descend souvent au-dessous de 15 et 10 kgr. Il n'y a aucun doute que les muscles inspirateurs et expirateurs du thorax présentent des variations analogues de force, mais la mesure de ces variations est difficile.

Il n'est pas exact, toutefois, qu'un fort courant d'air, agissant sur les cordes vocales qui bordent la glotte, n'y produise jamais que des vibrations plus amples; ce courant tend toujours les cordes vocales, qu'il rend convexes dans le sens de la hauteur et, tendant les cordes, il augmente la vitesse de leurs vibrations de manière à leur faire produire un son plus élevé. Parler fort, c'est parler haut, et voilà pourquoi il est si difficile d'avoir des accents d'intensité vocale qui ne soient pas, en quelque manière, des accents de hauteur.

Le timbre est, ainsi que chacun sait, la qualité par laquelle se distinguent les sons qui ont même intensité et même hauteur. Spencer, qui écrivait son étude cinq ans avant qu'Helmoltz n'eût analysé le timbre, a dû se contenter d'idées assez vagues sur cette qualité des sons. Helmoltz a montré en 1862, dans sa *théorie des Sensations de son* que le timbre d'un instrument est dû

à ce que les sons qui nous paraissent simples sont en réalité composés d'un son fondamental et de plusieurs sons accessoires appelés harmoniques. La combinaison variable de ces harmoniques selon les divers instruments en constitue le timbre. Or, les lèvres vocales peuvent, comme les anches membraneuses de certains instruments à vent, présenter, outre les vibrations du son fondamental, des vibrations partielles qui donnent naissance à des harmoniques divers de ce son.

Ce qui donne au timbre de la voix ses caractères les plus personnels, c'est le mode suivant lequel les sons harmoniques peuvent être renforcés au-dessus du larynx par des résonateurs à résonance variable comme les cavités et les lames vibrantes que constituent les fosses nasales, la bouche, le pharynx, les dents, le voile du palais, la langue, la machoire inférieure, etc... Or, les résonances de ces cavités et de ces lames vibrantes peuvent être modifiées par l'action des muscles qui commandent leur ouverture ou leur tension quand les lames ne sont pas osseuses, au point que la voix peut-être quelquefois changée par l'émotion jusque dans les éléments les plus stables de son timbre et qu'elle l'est toujours en quelques-uns.

C'est ainsi que, dans les émotions qui diminuent la tension normale des muscles, celle qu'on pourrait appeler leur tension d'équilibre, comme la peur et les tristesses subites, on pourra rencontrer des voix décolorées par l'inertie des muscles que gouvernent les cavités et les lames vibrantes et que dans les émotions comme la fureur, qui exercent une action opposée sur les muscles, la voix pourra prendre des timbres métalliques particulièrement accusés. Par contre, les émotions légèrement toniques comme la joie auront des timbres simplement éclatants.

La hauteur, qui dépend du nombre des vibrations, est d'autant plus grande que les lèvres vocales sont plus tendues et plus courtes, plus contractées en un mot et, suivant que l'orifice glottique est vibrant dans toute son étendue ou seulement dans la partie qui est entourée de cartilages, nous avons affaire à des voix de poitrine ou a des voix de tête. Ces expressions n'ont aucun sens en physiologie car la voix ne peut se former ailleurs qu'au niveau de la glotte, mais elles traduisent bien la sensation que l'on éprouve dans les deux cas et qui correspondent à des vibrations plus fortes soit dans les cavités situées au-dessus du larynx, soit dans les cavités thoraciques, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre voix.

Les modifications qui se produisent alors dans l'ouverture de la glotte sont dues très vraisemblablement à l'action tonique ou

dépressive exercée par les émotions excitantes ou déprimantes sur les muscles qui font varier l'ouverture de la glotte.

Les formes excitantes de l'émotion provoquent des élévations de ton et les formes déprimantes, un abaissement, non seulement parce qu'elles agissent sur le degré de contraction de l'élément vibrant des cordes vocales mais aussi parce qu'elles agissent sur les muscles qui gouvernent la fermeture de la glotte et modifient l'étendue de la partie vibrante.

C'est ainsi que la douleur, au moins dans le permier stade où elle est excitante, s'accompagne de notes aiguës et qu'une souffrance morale intense qui va jusqu'à l'angoisse, se manifeste par des cris perçants. La joie et la colère se caractérisent de même par une forte prédominance de tons hauts tandis qu'on rencontre, au contraire, les tons bas de la voix de poitrine dans l'étonnement, la tristesse et les formes dépressives de la peur. Pour faire produire des tons bas par un chat, il suffit de le suspendre dans le vide à la hauteur d'un cinquième étage, en le tenant par la peau du cou, de telle façon qu'il puisse avoir l'image très nette d'une chute possible dans l'abîme. Les tons bas du miaulement sont alors très caractéristiques. Les variations de ton qui correspondent aux diverses formes de l'émotion se classent à des étages divers du registre de tête ou du registre de poitrine, les notes du médium restant, par leur ton et la faiblesse de leurs variations, celles de la conversation, de la lecture, d'un récit où l'émotion n'intervient pas sous ses formes intenses.

A la question des variations de hauteur produite dans les tons par les émotions se rattache de très près celle des intervalles de ton et de leurs variations sous les mêmes influences.

« Tandis, écrit Spencer, que le ton de discours calme est relativement monotone, le ton de l'émotion admet des intervalles de quinte, d'octave et même de plus grands. Ecoutez une personne qui raconte ou redit une anecdote à laquelle elle ne prend pas beaucoup d'intérêt ; sa voix ne parcourra pas plus de deux ou trois notes au-dessus ou au-dessous de sa note médium, et encore avec des transitions adoucies ; mais si elle arrive à un événement qui l'émeut, entendez-là : elle emploiera les notes les plus hautes ou les plus basses de son registre et, plus encore, elle ira de l'une à l'autre par des sauts brusques. » Les nuances d'une émotion, si cette émotion se prolonge, ou bien la diversité des émotions, si plusieurs émotions se succèdent, provoqueront une ascension ou une descente continue des tons au-dessus ou au-dessous du médium.

Spencer a négligé de parler de l'influence des émotions sur la la durée de la voix. C'est pourtant un élément important et qui subit des modifications caractéristiques au cours des émotions. La tristesse allonge les voyelles et les consonnes comme toutes les émotions qui déprimment ou qui endorment et la joie, la colère, exercent une influence opposée.

Il y a enfin à signaler, dans l'action des émotions sur la voix, l'accélération du débit, très marquée dans les formes toniques de la joie et de la colère, le ralentissement du débit qui caractérise les formes dépressives de la douleur morale et de la peur, le tremblement des muscles vocaux qui se produit dans les cas d'excitation émotionnelle trop forte ou trop faible, à tel point que la voix tremble dans la joie, la colère, la peur, la tristesse, et dans presque toutes les émotions.

Il est à peine besoin d'indiquer qu'il s'agit encore d'influences musculaires et que tous les effets vocaux de l'émotion dépendent, en définitive, de cette seule influence.

Les voix si variées pour lesquelles la langue a trouvé tant d'épithètes pittoresques s'expliquent toutes par des variations et des combinaisons de l'intensité, de la durée, du timbre, de la hauteur, des intervalles et de la vitesse du débit.

Ce sont les voix mourantes qui semblent tout le temps sur le point de s'éteindre, les voix brisées, c'est-à-dire coupées de spasmes respiratoires comme la voix du sanglot, la voix blanche qui n'a pas de timbre, la voix sombrée que nous obtenons en exerçant avec la langue une pression sur le larynx qui descend et vibre alors dans les plus grandes dimensions du tuyau vocal, la voix cuivrée, riche en harmoniques, la voix aiguë qui en manque, la voix souple qui passe facilement d'un registre à un autre, bien d'autres voix encore.

⁂

Le parallélisme que nous avons signalé entre les expressions motrices et vocales des émotions se poursuit entre les deux mimiques correspondantes, et la mimique motrice étant de beaucoup la mieux connue des deux, nous avons tout intérêt à les rapprocher.

L'une et l'autre agissent sur des muscles volontaires mais leur action ne peut être directe et facile que s'il s'agit de reproduire et d'imiter des contractions musculaires ; dans tous les cas où l'émotion se traduit par un relâchement ou une paralysie, la volonté, incapable d'imitation directe, devra user de stratagème.

Voici par exemple un sujet qui, pour des raisons de politesse ou pour d'autres raisons, se croit obligé de prendre un visage joyeux ; il n'a qu'à actionner ses muscles des joues et le muscle circulaire des yeux pour réaliser un sourire de la face tout entière, et s'il veut, pour d'autres raisons, prendre un visage en colère, il n'aura qu'à actionner plus énergiquement les mêmes muscles en leur associant des contractions des muscles sourciliers.

Mais le voici qui, au cours d'un récit et pour l'illustrer, veut mimer quelques traits caractéristiques de la peur. Quelle misère! La peur naturelle se caractérise justement par des réactions musculaires qu'on ne peut reproduire volontairement parce qu'elles sont négatives ; c'est le sphincter oculaire qui se relache et découvre la sclérotique ; ce sont les muscles des joues qui, en faisant autant, laissent la mâchoire inférieure tomber et la bouche s'ouvrir. Comment mimer tout cela ? En tournant la difficulté, en truquant l'expression. Et, comme un acteur qui se met du blanc ou du rouge, nous truquons ; c'est-à-dire que nous contractons le frontal pour tirer sur l'orbiculaire des yeux et lui donner l'air de se relâcher ; nous tirons de même avec le muscle triangulaire, pour abaisser légèrement le coin des lèvres et pour donner à nos joues l'apparence de l'effacement ; nous contractons les muscles abaisseurs de la machoire, le genio-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique pour ouvrir la bouche et nous fabriquons ainsi une expression de peur qui n'a que des rapports très lointains avec l'expression véritable mais que le langage mimique accepte et utilise faute de mieux. Nous n'agissons pas autrement quand nous faisons de la mimique vocale. Quand l'action directe est possible, dans la joie, dans la colère, dans toutes les émotions qui excitent, nous contractons les muscles inspirateurs et expirateurs du thorax pour parler fort et nous donnons des sons aigus par la contraction de nos cordes vocales ; mais, pas plus que dans la mimique motrice, nous ne pouvons provoquer le relâchement d'un muscle au-dessous de son point normal de résolution et c'est pourquoi nous ne pouvons pas imiter les notes les plus basses de la voix de poitrine en nous bornant à ne pas contracter les muscles obturateurs de la glotte ; nous nous servons pour les cas extrêmes d'un muscle antagoniste des précédents qui dilate la glotte et qu'on appelle le crycoaryténoïdien postérieur.

C'est en effet en utilisant les muscles antagonistes que l'on truque les expressions mimiques (vocales ou motrices) quand il est impossible de faire de l'imitation véritable.

La mimique vocale est donc, comme la mimique motrice, une sorte de psychologie appliquée.

Pour mimer l'intensité de la voix, elle n'a qu'à faire varier la force du courant d'air expiré. C'est ainsi que nous parlons avec une voix forte pour féliciter un ami, pour nous réjouir avec lui et que nous prenons une voix faible pour exprimer des condoléances, mais notre mimique d'intensité ne se tient pas à ces imitations très simples. Elle distribue ses accents avec art et conformément à des intentions subtiles.

Voici, par exemple, un accent d'intensité que le français met toujours sur la syllabe finale des mots quand ces mots sont les derniers d'un membre de phrase ou d'une phrase et toujours sur l'avant-dernière quand la finale est muette ; cet accent, à cette place, est dépourvu de sens et les grammairiens nous disent, pour cette raison, qu'il est asémantique.

Mais il arrive en français, remarque Charles Bally, que si un mot accentué (sur la dernière) a une valeur affective, nous tendons à déplacer l'accent pour le faire sauter de la finale sur la première, ce qui lui donne un sens et le rend expressif. Soit la phrase : on a trouvé dans les ruines d'un édifice romain une statue colossale de Vespasien. « L'adjectif aura l'accent normal de finale s'il est employé dans un sens purement technique, comme ce sera le cas par exemple dans un compte-rendu de fouilles archéologiques ; c'est qu'il évoque une idée précise de dimensions et désigne un type consacré de statue... Mais, qu'on parle d'une maison qui a des proportions colossales, il est presque impossible de prononcer l'adjectif sans faire sauter l'accent sur la première syllabe. C'est qu'ici, colossal est un adjectif de pure intensité et que cette intensité présente une teinte affective. » (164). En accentuant la première syllabe, nous avons mis le mot tout entier en relief et lui avons donné une coloration particulière.

Charles Bally signale que l'accent tonique saute non pas sur la première syllabe mais sur la seconde quand la première commence par une voyelle ou par un *h*. Nous disons, il fait un temps m*a*gnifique et il fait un temps épo*u*vantable ; ce vin est d*é*licieux et ce vin est ex*é*crable.

Marouzeau a ajouté à ces distinctions d'autres distinctions qui ne paraissent pas moins fondées (564 sqq).

Il remarque que les mots qui commencent par une voyelle ou un *h* pouvant être accentués tantôt sur la première et tantôt sur la seconde syllabe, l'accent est amené à prendre deux sens et qu'il est alors intellectuel dans le premier cas et affectif dans le

second. Je ne peux dire que formidable, splendide, furieux, que le sens de l'accent soit intellectuel ou affectif, mais je peux dire odieux et odieux, épouvantable et épouvantable, attentif et attentif, effroyable et effroyable pour marquer ces deux sens. Exemple : « Je ne dis par qu'il est distrait, je dis qu'il est attentif. » « La question est difficile, soyons très attentifs. » L'accent intellectuel est sur *a*, l'accent affectif sur *ten*.

Quand j'accentue sur la première, je désigne, je définis, je classe, et quand j'accentue sur la seconde, j'exprime un sens affectif.

C'est en vertu de ce principe que les mots chargés par eux-mêmes d'affectivité et commençant par une voyelle ou par un *h*, comme admirable, excécrable, odieux, héroïque, sont presque toujours accentués sur la seconde syllabe.

Marouzeau ajoute : « Si l'on ne peut dire que formidable, furieux, splendide, dans le sens intellectuel comme dans le sens affectif, il devient impossible de distinguer par l'accent la valeur affective et la valeur intellectuelle des mots commençant par une consonne ; impossible du moins si l'on s'en tient à observer grossièrement, sans instruments et sans méthodes ; je ne doute pas cependant qu'on n'arrive à distinguer par une observation attentive, l'accent initial et intellectuel des termes relatif et subjectif de l'accent initial et affectif des termes renégat et sublime. Différence de hauteur, de longueur, d'inflexion, d'attaque ?... Je laisse aux spécialistes le soin de décider. » (575).

Mais si nous attribuons un sens intellectuel ou affectif aux déplacements de l'accent tonique signalés par Ch. Bally et Marouzeau, ce n'est pas en vertu d'une convention ; c'est parce que la signification du déplacement nous est donnée par la physiologie même, et que notre mimique vocale n'a eu qu'à s'inspirer de la physiologie sans rien inventer.

Le déplacement sur la première syllabe s'explique très simplement par le fait que l'intensité de la syllabe initiale a pour conséquence de mettre en relief le mot tout entier.

Le déplacement de l'accent sur la seconde syllabe, quand le mot commence par une voyelle ou un *h* s'explique, d'après Maurice Grammont, par le fait que, pour produire un effort considérable, nous avons besoin d'un point d'appui qu'une voyelle initiale ne peut pas fournir et que nous ne pouvons trouver que dans la consonne qui commence la seconde syllabe, Maurice Grammont nous donne l'exemple et l'analyse qui suivent :

« Si on dit c'est épouvantable, en donnant à cette phrase une simple valeur d'énonciation, il y a un accent sur *able* et rien

de particulier sur les quatre autres syllabes ; mais si ces mots sont l'expression d'une émotion que le sujet parlant éprouve et qu'il veut communiquer à son interlocuteur, le *p* subit une modification très considérable ; il devient beaucoup plus long, beaucoup plus intense et beaucoup plus haut. Et comme les organes fortements tendus pour un pareil effort ne peuvent pas se trouver détendus instantanément aussitôt que le *p* a fait explosion, le degré d'intensité acquis se maintient sur le début de la voyelle suivante qui, par le fait, se trouve aussi intense que celle de *able*. Cette prononciation insolite d'une consonne produit sur l'auditeur une forte impression et donne au mot un relief singulier. » (A. 611).

On obtient ainsi un effet affectif par l'intensité de l'accent et il devient très natuel que, dans les mots commençant par une voyelle ou un *h*, qui peuvent recevoir l'accent d'intensité, tantôt sur la première et tantôt sur la dernière syllabe, ce soient le premier, le plus faible, qui prenne une signification intellectuelle et le second, le plus fort, qui prenne une valeur affective.

Nous usons également, dans la mimique vocale, de variations de timbre qui se superposent, sans le masquer tout à fait, au timbre fondamental.

Ce n'est pas qu'on ne puisse changer complètement le timbre de sa voix. Dans la parodie orale, dans la simple imitation d'un orateur ou d'un acteur, il y a effectivement imitation du timbre et chacun de nous, en agissant sur les résonateurs qui donnent à la voix son caractère individuel, fosses nasales, lèvres, dents, palais, peut modifier son timbre fondamental, encore qu'il ne puisse dire avec précision par quels procédés il obtient ce résultat.

Mais d'une façon générale, dans la vie courante, nous nous bornons à distribuer des accents de timbre sans chercher à les modifier et en les surajoutant aux accents d'intensité et de hauteur.

« C'est dans la bouche, comme le dit Pierre Bonnier, que le son prend sa dernière empreinte ; c'est là qu'il affirme son timbre et que, par son accent de timbre, il prend sa beauté, sa forme, sa plastique auditive. » (166).

Et quand nous imitons, par des variations d'intensité ou de hauteur, la voix de la douleur, de la tristesse ou de la joie, nous faisons en sorte que la voix ait le timbre éclatant, terne ou métallique que comportent, en chaque émotion différente, les variations des divers résonateurs. Nous imitons de même les voix sèches qui manquent d'harmoniques et de durée, les voix mordantes où le durcissement des muscles buccaux modifie les har-

moniques, la voix légère où prédominent les sons harmoniques supérieurs. Il y a là tout un art de reproduction dont l'analyse est assez difficile mais dont les résultats sont aussi admirables que bien connus.

« Beaucoup d'instruments d'orchestre, dit Bonnier, ont une étendue et une puissance plus considérable que la voix humaine : aucun n'a cette merveilleuse variabilité du timbre, cette adaptation des sonorités buccales à l'expression intellectuelle ou sensuelle. » (167).

Les variations spontanées de la hauteur, qui se produisent au cours des émotions, quand elles sont reprises par la mimique vocale, ne sont pas autre chose que l'intonation.

Il ne semble pas qu'il y ait un accord parfait parmi les phonéticiens sur le sens de ce terme, puisque les uns, comme Charles Bally, paraissent désigner ainsi non seulement les variations de hauteur, mais les variations d'intensité, les variations de mouvement et les pauses dans l'émission des sons.

Dans son sens strict, celui où nous le prenons, le terme ne s'applique qu'aux variations volontaires du ton et l'intonation n'est qu'un chapitre important de la mimique vocale sans se confondre avec elle.

Nous avons vu par quel jeu de muscles nous modifions la hauteur de la voix. Ce jeu nous est si familier et si facile que nous ne prononçons jamais une phrase, même très courte, en restant sur la même note, et quand nous faisons de la mimique vocale, nous traduisons toutes les émotions par des variations de hauteur. Nous montons quand nous voulons exprimer le plaisir, la joie, la colère, l'indignation, et toutes les émotions toniques ; nous descendons pour exprimer les émotions dépressives, comme l'étonnement ou la peur, et comme toutes les émotions sont ou toniques ou dépressives, nous accompagnons sans cesse le discours, dans la mesure où nous y mêlons de l'affectivité, ce qui est à peu près constant, d'intonations plus ou moins hautes ou plus ou moins basses.

Lire une pièce de vers, prononcer un discours, c'est se livrer à un jeu continu de tons hauts et de tons bas correspondant à des émotions évoquées ou absentes, mais qu'on tient surtout à faire sentir.

Lisez les vers suivants, parmi lesquels les deux derniers étaient, d'après Moréas, les plus beaux que Musset eut écrits :

O Ninette, où sont-ils, belle muse adorée,
Ces accents pleins d'amour, de joie ou de terreur,
Qui voltigeaient le soir sur ta lèvre inspirée,

Comme un parfum léger sur la grenade en fleur ?
Où vibre maintenant cette voix éplorée,
Cette harpe vivante attachée à ton cœur ?

La voix se tiendra dans les tons bas pour le premier vers, qui exprime le regret sans espoir, pour monter vers les tons élevés pendant l'évocation des souvenirs qui suivent et qui illustrent, en le recouvrant momentanément, le premier sentiment ; puis la voix retombera sur les deux derniers vers, où le regret amer reprend le dessus.

On doit tenir compte aussi que nous sommes obligés souvent de forcer un peu les oppositions des sens affectifs et de chercher des nuances pour donner de la vie à nos paroles, en faisant alterner les tons hauts et les tons bas. C'est presque une nécessité du récit, de la lecture à haute voix, du discours, et l'écueil de cette mimique, celui qui fait, dans la conversation courante, les voix artificielles, c'est l'abus des variations de ton ou leur excès.

Nous reproduisons volontairement, comme les variations de hauteur, toutes les variations d'intervalles qui leur sont liées et nous faisons de même, suivant les émotions, pour la rapidité du débit et pour la durée de la voix. Nous exprimons la tristesse comme toutes les émotions qui alanguissent, par des voyelles et des consonnes allongées, par la voix qui traîne, et pour la joie, la colère, pour le commandement, nous diminuons autant que possible les durées. Dans les mêmes conditions, nous imitons les variations que l'émotion introduit dans la rapidité du débit, et nous reproduisons sans plus de difficultés toutes les voix émotionnelles où se combinent les variations de durée, d'intensité, de timbre, de hauteur. La puissance d'imitation de la voix humaine dans le domaine affectif ne connaît pas de limites.

⁂

Mais nous ne nous bornons pas à reproduire par la mimique vocale les variations émotionnelles de la voix ; nous exprimons également, par cette mimique, des attitudes mentales plus ou moins mêlées d'affectivité.

Dans l'énonciation, si la phrase est courte, nous mettons simplement un accent tonique sur la finale : « C'est défendu, c'est épouvantable », et nous n'accentuerons pas particulièrement l'une ou l'autre des syllabes restantes ; mais s'il s'agit d'une phrase et non d'une simple proposition, on peut, avec Maurice Grammont, distinguer deux parties : « l'une à intonation mon-

tante, qui fait attendre quelque chose, et l'autre à intonation descendante, qui répond à l'attente suscitée par la première. » (A. 612). Il s'agit donc de monter tant qu'on veut susciter l'attente et de descendre dès qu'on commence à la satisfaire.

« Il y avait une fois un bûcheron et une bûcheronne || qui avaient douze enfants. » Maurice Grammont remarque qu'en changeant quelque chose à cette règle, en faisant monter l'attente jusqu'au dernier mot, on donne à ce mot une valeur particulièrement expressive ; c'est le procédé du rejet en poésie.

« Lorsqu'on dit cette phrase de prose : « Tout à coup la nuit vint et la lune apparut sanglante », la voix monte progressivement jusque à *vint*, puis, à partir de ce point, elle descend régulièrement jusqu'à la fin. Si la même phrase est dite en vers, tout est changé ; le vers finit avec « apparut » et « sanglante » est en rejet ; le vers se dispose alors tout entier de manière à faire attendre le rejet, c'est-à-dire qu'il monte progressivement jusqu'à la dernière syllabe de « apparut » qui est la plus haute de toutes, et la voix tombe brusquement à des notes très basses pour émettre le mot « sanglante ». Par le rejet, le relief de ce mot est énorme et l'effet saisissant. » (A. 612).

L'exclamation, nous dit Maurice Grammont, est marquée essèntiellement par un effort de la voix. Cet effort est analogue à celui qui fait sauter l'accent final d'un mot sur la première ou sur la seconde syllabe et qui constitue, suivant Maurice Grammont, un accent d'insistance (cf. B. 139) ; mais dans l'exclamation, l'effort est beaucoup plus considérable.

Comparez : Vous êtes un bandit, et bandit que vous êtes. Ou bien encore la phrase : Vous êtes un imbécile, avec l'exclamation imbécile ! Dans les phrases non exclamatives, les termes *ban*dit et im*bé*cile pourront recevoir des accents d'insistance ordinaires ; dans la phrase exclamative et dans l'exclamation, *ban* et *bé* auront une intensité beaucoup plus forte, le *b* sera plus long et plus intense, rarement plus haut (B. 186).

Maurice Grammont remarque encore que si la phrase exclamative contient un mot particulièrement exclamatif comme quel, combien, ou une interjection comme oh !, ciel ! c'est le mot exclamatif qui prend tout l'effort, le reste de la phrase se rapprochant de la phrase ordinaire. Le mot exclamatif est alors caractérisé par un allongement de la première consonne ou de la voyelle à défaut de consonne, et par une augmentation violente d'intensité et de hauteur.

Dans l'interrogation, suivant l'analyse de Maurice Grammont, la voix, qui commence plus bas qu'à l'ordinaire, ne cesse

pas de monter jusqu'au mot qui appelle la réponse et qui reçoit une intonation spéciale sur sa finale, sans être nécessairement le dernier. « Si l'on dit : vous montez, avec la seule intention de constater un fait, on monte sensiblement sur *mon* et l'on baisse sur *tez*. Mais si l'on commence plus haut, sur « *vous* », que l'on monte sur *mon* et encore beaucoup plus sur *tez*, la phrase prend un aspect tout à fait insolite, puisqu'elle ne finit pas sur une chute de la voix. Elle reste en l'air, en quelque sorte, elle est incomplète, puisqu'elle ne comprend qu'une partie montante ; elle appelle une partie descendante » (A. 612), que nous avons rencontrée dans les phrases d'énonciation et qui l'achève.

La différence de l'intonation interrogative et de l'intonation exclamative, c'est justement encore, semble-t-il, ce caractère incomplet, cette attente qui se marque surtout dans la finale, qui appelle la réponse et qui diffère par ce caractère d'attente et d'inachèvement de la plénitude de l'exclamation et de ses finales. L'oreille saisit très bien cette différence et l'analyse moins bien. Il semble cependant que dans l'exclamation il y ait à faire plus que dans l'interrogation la part des accents d'intensité que nous joignons à nos intonations.

⁂

Bien que l'imitation des bruits de la nature par la voix n'entre pas dans la définition de la mimique vocale que nous avons donnée, nous en dirons cependant quelques mots, pour avoir l'occasion de signaler les très curieuses et récentes études de phonétique qui ont trait à cette imitation vocale.

De même qu'il y a un langage des signes qui imite, par des gestes figuratifs, les êtres et les choses, il y a un langage vocal qui imite les bruits naturels, et l'on peut étudier à ce sujet les onomatopées de mots, comme la valeur impressive des voyelles et des consonnes.

C'est ce qu'a fait Maurice Grammont, avec sa sûreté de méthode habituelle, en des pages qui nous changent heureusement des banalités que nous a values si souvent cette question. Nous ne pouvons, à notre grand regret, faire un résumé complet de ses savantes recherches, et nous devons nous borner à lui emprunter quelques faits et quelques interprétations.

« L'onomatopée, remarque-t-il, n'est jamais une imitation exacte, mais une approximation. » (A. 545). Les sons du langage ont certaines qualités, les bruits de la nature en ont d'autres, et les uns ne peuvent recouvrir strictement les autres. En fait, il y a

une double traduction, car l'oreille interprète et traduit les bruits; nos organes émetteurs de sons traduisent à leur tour les traductions de l'oreille.

Voici par exemple le mot coucou, qui peut passer pour une onomatopée parfaite. Pourtant, il est certain que l'oiseau ne chante pas coucou, mais ou-ou. On s'en rend parfaitement compte en écoutant attentivement. « Pourquoi interprétons-nous par coucou ce qui est en réalité ou-ou. Parce que nous ne sommes pas habitués à prononcer deux fois de suite la même voyelle sans consonne » ; parce qu'à une certaine distance nous avons tendance à confondre toutes les consonnes occlusives *p, t, k,* et *b, d, g,* dont le trait commun est l'occlusion complète de l'orifice buccal ; parce que, très souvent, nous ne les percevons pas du tout, d'où « l'habitude de les restituer dans les mots que nous reconnaissons et d'en supposer dans les autres ». Mais ce n'est pas le hasard qui nous guide dans ces restitutions et ces suppositions. Nous ne traduisons pas ou-ou par toutou, doudou, prouprou, boubou ; les seules occlusives que nous supposions devant une voyelle sont celles qui ont le même point d'articulation qu'elle et nous n'avons ainsi le choix qu'entre le *g* et le *k* (*c*), qui se forment comme *ou,* en arrière, au niveau de la membrane qui sépare les fosses nasales de la bouche, le voile du palais. Mais le *g* comporte une sonorité et une mollesse qui ne conviennent pas à l'attaque brusque de la voyelle *ou* par l'oiseau. « Seul le *k* (*c*) remplit les conditions requises et coucou est une traduction irréprochable, mais c'est une traduction. » (A. 546).

De même, nous disons tic-tac pour désigner le bruit que fait le balancier dans la pendule. Les deux bruits diffèrent toujours un peu l'un de l'autre, puisque la roue n'est jamais frappée deux fois de la même manière par le balancier ; mais, quel que soit le moment où on écoute, on entend tic-tac, jamais tac-tic, et si on se contraint à entendre tac-tic, en laissant passer un coup, on revient vite à tic-tac. Or, les deux bruits ne commencent pas et ne finissent pas par des occlusives. C'est nous qui mettons un *t* parce qu'il s'articule sur la partie antérieure du palais et que l'*i* et l'*a* sont deux voyelles claires et antérieures qui s'y articulent aussi ; quant à l'occlusive finale, elle aurait pu être *t* par la même raison ; mais Maurice Grammont remarque que l'articulation de l'*i* et de l'*a* est plus en arrière que celle du *t,* et que la langue, pour prononcer *ti* et *ta,* fait un mouvement d'avant en arrière, où elle rencontre le point d'articulation de *k* (*c*).

Quant aux voyelles *i* et *a,* si nous les rangeons toujours dans cet ordre, c'est parce qu'une loi des onomatopées veut qu'elles

aillent toujours de la voyelle la plus claire *i* à la plus sombre *ou*, sans que l'ordre puisse être interverti. I et A sont deux degrés de cette gradation qu'on retrouve dans pif-paf-pouf, bim-bam-boum, avec cete exception que *a* peut être remplacé par un *o* ouvert, de valeur équivalente, comme dans flic-floc, de bric et de broc, etc.

Maurice Grammont étudie également dans le détail la valeur impressive des voyelles et des consonnes, et c'est l'occasion pour lui de montrer tout ce qu'il y a de puissance et de signification imitative dans les voyelles aiguës I et U, dans la voyelle claire *é* ou dans les voyelles éclatantes *a ọ œ*, dans les voyelles sombres *ó u*, pour exprimer les sons aigus, clairs, éclatants et sombres.

Voici, comme exemple, des vers de Dauphin-Meunier qui me reviennent : un chant nuptial où tous les effets d'éclat sont obtenus avec des *o* et des *a* éclatants.

Au son des marches nuptiales,
Des cymbales et des clairons,
Ils marchent sur les fleurs royales,
Les lis et les rhododendrons.

Les consonnes ne sont pas moins impressives que les voyelles ; les explosives, en frappant l'air d'un coup sec, contribuent à l'expression d'un bruit analogue, dont les voyelles donnent le timbre. C'est le cas de *t* dans cliquetis.

Si les explosives linguales sont répétées, elles scandent le mot et font sentir que le bruit est répété. C'est le cas de tinter et de trotter. Les consonnes nasales imitent des bruits réellement ou apparemment nasaux ; c'est le cas de *n* dans hennir et nasiller, de *m* dans mugir ; le liquide, *l* exprime réellement ce qui coule, ce qui est léger, ce qui glisse.

Les souffles de la nuit, flottaient sur Galgala.

V. HUGO.

De bleus et blancs remous de plumes de colombes...
Un pêle-mêle ailé de pétales de roses...

MÉRRIL.

Les spirales sifflantes ou dentales supposent un souffle accompagné de sifflements, et le *z* étant plus doux que l'*s*, est plus propre à peindre un léger bruissement :

Et les vents alizés inclinaient leurs antennes.

HEREDIA.

Comme le remarque très justement Maurice Grammont, il

est très rare de trouver des onomatopées simples qui ne contiennent qu'un seul élément d'impression. Le plus souvent, les voyelles et les consonnes y combinent leurs effets, réagissant les unes sur les autres, et donnent des effets très complexes ; mais ce n'est pas une raison pour traiter les explications de fantaisistes, comme on le fait quelquefois.

On peut voir au contraire, par ces quelques exemples, tout ce qu'il y a de psychologie précise et pénétrante dans les analyses de Maurice Grammont.

Tout ce que nous avons voulu montrer, par les emprunts que nous venons de lui faire, ce sont les procédés très complexes et très sûrs par lesquels notre voix atteint et exprime la nature.

La mimique vocale telle que nous avons voulu l'étudier ici n'est que l'imitation consciente, la mise en œuvre volontaire des variations que les sentiments introduisent naturellement dans la durée, la hauteur, l'intensité ou le timbre de la voix. Mais elle peut s'élever jusqu'au mot, jusqu'à l'expression verbale, par l'imitation des sonorités naturelles. Dans le premier cas, elle accompagne le langage ; dans le second, elle en fait déjà partie, elle désigne. Et, ce serait s'orienter vers l'étude du langage oral et de ses éléments originels que de lui faire plus de place.

⁂

Quand il s'agit de sentiments présentant, avec des sensations organiques, certaines analogies, la mimique vocale peut encore reproduire des variations émotionnelles de timbre, d'intensité ou de ton, mais elle peut en même temps s'ouvrir des voies nouvelles, et ces voies, ce sont les mêmes où s'engage la mimique motrice.

Wundt a écrit sur l'imitation indirecte, dans cette forme de la mimique, des pages justement célèbres (111, 289) où il montre que nous empruntons la mimique du dégoût moral aux expressions de la bouche et du nez, par lesquelles nous accueillons les saveurs amères ou les odeurs nauséabondes. On peut expliquer de même la mimique des yeux et du nez, par laquelle s'exprime le dédain comme la mimique dont nous usons pour exprimer avec les doigts qu'un caractère nous paraît gluant ou collant.

La mimique vocale peut exprimer le dégoût moral, l'admiration, le dédain, par des transpositions analogues fondées sur les mêmes analogies. La voix prend alors des expressions naturelles si intimement liées aux expressions motrices de la sensibilité physique qu'elles paraissent faire corps avec elle et les continuer.

Ce sont des manières d'interjections, où se prolongent des mouvements musculaires qui ont déjà un sens expressif.

Par exemple, les interjections pouah ! et fi ! qui expriment le dégoût et le dédain, semblent bien n'être que la continuation et comme la conséquence orale de l'expression motrice par laquelle se traduit un commencement de nausée ou l'acte de souffler en avançant la lèvre supérieure.

Tout de même, le bruit qui accompagne le baiser continue la contraction caractéristique des lèvres dont il est la conséquence.

Gratiolet appelait *gestes vocaux* les interjections et les bruits de ce genre ; il en voyait dans les gémissements, dans le cri des boulangers qui pétrissent, dans le cri que poussent les ouvriers pour tirer de concert sur une corde, et dans bien d'autres expressions orales. Maurice Grammont, à qui j'emprunte encore les exemples qui précèdent, préfère les termes plus précis de *gestes articulatoires*. Quel que soit le nom donné, il est bien évident que la mimique vocale, lorsqu'elle transporte ces gestes vocaux dans le domaine des choses morales, lorsqu'elle s'en sert pour exprimer le dédain ou le mépris, lorsqu'elle traduit la satisfaction esthétique ou morale par un bruit des lèvres qui rappelle le baiser, ne procède pas autrement que la mimique motrice, dont elle est inséparable en la circonstance. L'analogie fonde les deux mimiques et l'imitation y est également indirecte.

⁂

Mais la mimique vocale la plus riche après la mimique d'imitation, et la plus personnelle, la plus inventive, c'est la mimique symbolique ou métaphorique, car nous n'avons pas besoin des mots pour mettre sans cesse dans la voix des symboles et des métaphores.

Ici, comme partout, le symbolisme consiste à traduire en signes sensibles, en vertu d'une analogie plus ou moins évidente ou cachée, des qualités ou des réalités morales qui ne tombent pas sous le sens, et c'est à la traduction de ces réalités et de ces qualités que la mimique vocale s'exerce avec le même succès que la mimique du visage et les gestes.

Il semble difficile d'exprimer des qualités rien qu'avec des variations de ton, de hauteur ou d'intensité ; c'est pourtant ce que nous faisons lorsque, pour exprimer ce qu'un caractère peut avoir de tranchant, de coupant, d'insinuant, de pénétrant, de cassant, nous traduisons ces épithètes qui sont déjà des métaphores et des métaphores motrices par des variations vocales

correspondantes ou jugées telles par nous. La voix aigre, la voix dure, la voix cassante, la voix sèche, la voix traînante, toutes les voix dont nous avons dit la constitution mécanique, bien d'autres encore, sont employées non pas seulement pour imiter des variations affectives, mais pour traduire, au moyen de ces variations, des qualités morales, des tendances, des traits de caractère. La voix prétend alors à pénétrer à l'intérieur des âmes, à l'éclairer, à le produire au dehors ; elle transpose des qualités profondes en variations d'intensité, de durée, de timbre et de ton.

Les notions les plus abstraites sont symbolisées de même par ces sortes de métaphores vocales. Les termes de distinction, de confusion, de justice, d'injustice, de concentration, de diffusion, prennent, de par la séparation ou la liaison des syllabes, de par la vitesse du débit, des caractères vocaux qui les traduisent.

On détache volontiers les syllabes quand on parle de distinction d'esprit ; on les réunit instinctivement, on les serre par le débit, quand on parle de concentration ; on les traîne quand on parle de diffusion. Il y a bien peu de mots abstraits où nous n'essayons, au cours d'un discours, de traduire et de symboliser de façon concrète l'idée qu'ils désignent, lorsque ces mots sont dans l'espèce essentiels ou importants.

Les variations de ton et d'intensité interviennent également pour donner de la physionomie et du caractère à la pensée abstraite, en lui prêtant une sorte d'affectivité, et ce sont encore des manières de traductions métaphoriques que ces variations.

L'alternance des tons hauts et des tons bas, que nous avons signalée dans les cas d'imitation émotionnelle, tend, chez tout le monde, à devenir symbolique et rappelle alors, par le rôle que nous lui faisons jouer dans l'expression de notre pensée, l'alternance de deux expressions motrices, par lesquelles nous élargissons ou concentrons notre champ visuel. Nous l'élargissons par contraction du muscle frontal, toutes les fois que nous voulons exprimer une vision globale et panoramique, nous le concentrons par contraction des sourciliers et du sphincter oculaire, toutes les fois que nous voulons exprimer une vision limitée et détaillée. Les orateurs usent de la première expression pour traduire la largeur d'une idée, l'importance d'une concession, l'étendue d'une perspective, et de la seconde pour exprimer, au contraire, des limitations, des difficultés, des efforts.

J'ai noté un jour, chez un conférencier, quelques-unes de ces alternances.

Messieurs (concentration), je voudais résumer ici (*id.*) les objections d'ailleurs nombreuses (élargissement) que soulève chez

les esprits impartiaux (*id.*), la doctrine très intéressante (*id.*), mais vraiment par trop systématique (concentration) de Freud. On l'a comparée (élargissement) à tort, selon moi (concentration), etc., etc.

L'alternance des tons hauts et des tons bas n'a pas cessé d'accompagner l'alternance des mimiques précédentes. A la mimique du champ ouvert ont correspondu les tons graves, à la mimique du champ fermé les tons aigus. C'est que la voix qui monte est une voix d'effort, et la voix qui descend une voix de détente, qu'il y a quelque chose d'analogue dans les deux mimiques du champ, où la concentration exige plus d'effort que l'élargissement. Les deux traductions symboliques se font parallèlement sur le plan vocal et sur le plan moteur.

Nous arrivons ainsi, par l'alternance des tons, à symboliser en les opposant non seulement des idées, des formes de pensée, mais des doctrines, à condition qu'elles soient exposées et opposées dans le mouvement d'un même discours.

J'ai connu un professeur de philosophie qui, avec des termes à peine différents, faisait toujours la même leçon sur tous les sujets. Il exposait et réfutait avec dédain ce qu'il appelait les solutions dogmatiques, puis il se rejetait sur les solutions empiriques, pour les taxer d'insuffisance, et enfin il trouvait un repos plein de sécurité dans les quelques clichés que constituaient, vers 1884, l'enseignement du kantisme.

Chaque doctrine avait sa voix, et cette voix était symbolique. Le dogmatisme était exposé avec des notes graves et un débit assez lent, ainsi qu'il convenait pour une philosophie respectable mais paresseuse, qui se contentait de solutions verbales. Pour dire : « M. Cousin et son école », le professeur se tenait dans le registre de poitrine.

L'empirisme était exposé avec le registre de tête, parce qu'il était convenable d'exposer avec des notes aiguës une philosophie ironiste et agressive qui, par la plume de Taine, avait tué par le ridicule les spiritualistes du XIX^e^ siècle. Il y avait du poignard dans la voix. Mais cette philosophie était exécutée à son tour et avec regret sur des tons graves comme ayant méconnu le caractère *a priori* des principes qu'elle voulait expliquer. Et tout s'apaisait dans le kantisme qui, représentant le bon sens, la raison et la philosophie officielle, pouvait, à ces divers titres, être symbolisé par les tons moyens de la voix.

Nous ressemblons tous plus ou moins, dans notre mimique vocale, à mon professeur de philosophie.

⁂

Spencer, dans son opuscule, estime que le chant est sorti de la mimique vocale et il appuie cette hypothèse de raisons très sérieuses.

Les variations de la voix qui se produisent sous l'influence des émotions sont les mêmes, dit-il, dans le chant que dans le parlé ordinaire ; elles sont seulement portées à l'extrême dans le chant.

« Qu'il s'agisse de l'intensité, du ton, du timbre, des intervalles, ou de la vitesse relative des variations, le chant emploie et exagère les signes naturels de la passion ; il consiste dans une combinaison ordonnée des particularités de la voix qui sont les effets physiologiques des états effectifs extrêmes. » (394).

Spencer fait encore remarquer que le tremblement — le *trémolo* — est employé par certains chanteurs qui en obtiennent de beaux effets dans les passages pathétiques ; de même qu'il y a un mode d'exécution en musique, le *staccato* (le détaché) qui convient aux passages énergiques ; que les mouvements les plus lents, le *largo* et l'*adagio* sont employés pour rendre des émotions accablantes comme le chagrin ou peu excitantes comme le respect, tandis que les mouvements plus rapides, l'*andante,* l'*allegro,* le *presto,* représentent les degrés successifs d'un mouvement de l'esprit dont la vivacité va croissant. »

On pourrait faire des réflexions analogues sur l'origine de la danse dans ses rapports avec la mimique motrice d'où elle très vraisemblablement sortie et l'on pourrait remarquer en outre que les deux arts ont le plus souvent cherché leurs thèmes favoris dans la mimique de la guerre et dans la mimique de l'amour.

L'origine du rythme qui se surajoute dans le chant et la danse à la mimique vocale ou motrice paraît avoir embarrassé Spencer. « Les actions que nous fait faire un sentiment puissant, tendent, dit-il, à prendre une allure rythmique. Pourquoi ? Ce n'est pas facile à dire mais elles y tendent ; ainsi, le corps se balance d'avant en arrière dans la souffrance et le chagrin. Danser est encore une action rythmée qui est naturelle dans les moments d'émotions fortes. La parole acquiert de même, par l'excès de l'excitation, un certain rythme. Il est aisé de s'en apercevoir en écoutant un orateur dans les grands mouvements de son discours. La poésie qui est une sorte de discours plus capable de rendre les émotions, montre ce même besoin de rythme dans tout son développement. Et si nous nous rappelons que la danse, la poésie et la musique sont nées ensemble et sont, à

l'origine, les parties constituantes d'un même tout, il est clair que le mouvement fait en mesure, qui se retrouve en chacun de ces arts, suppose une action rythmée du corps entier, l'appareil vocal compris, et qu'ainsi le rythme du chant n'est qu'un résultat plus subtil et plus complexe du rapport qui existe entre l'excitation mentale et l'excitation musculaire. » (396).

Les observations de Spencer sont exactes. Beaucoup d'aliénés atteints d'excitation maniaque, qui crient, injurient, se moquent, « verbigèrent », ont une tendance naturelle à rythmer leur débit quand ils sont seuls dans leur cellule et que la présence d'un médecin ou d'un infirmier ne vient pas donner une direction particulière à leurs réactions en offrant une cible à leur agressivité.

Quand on écoute, sans être vu, un maniaque en état d'excitation légère, on constate souvent que son agitation, sa verve, se soumettent d'elles-mêmes à des rythmes très simples avec des retours qui ressemblent à des refrains, des assonnances et même des rimes.

L'excitation motrice des mêmes sujets peut tendre également quand elle n'est pas trop intense à des mouvements rythmés qui sont quelquefois de véritables mouvements de danse.

Sans doute, le rythme intervient dans les deux cas pour permettre à l'excitation où le sujet se complaît de durer avec un minimum d'efforts. Le rythme maintient l'excitation, l'ordonne et en prolonge les effets.

Ce n'est que dans les agitations mentales particulièrement intenses que le rythme est tout à fait absent et que le désordre, ou du moins ce qui nous apparaît comme tel, est la règle.

La mimique motrice et la mimique vocale ne font, en se rythmant, que reproduire, ici comme ailleurs, un des caractères spontanés de l'excitation émotionnelle.

⁂

Nous avons montré ailleurs par l'exemple des aveugles, que c'était par la vue que nous faisions l'acquisition de nos schèmes mimiques et que, livrés à notre seule sensibilité musculo-cutanée, nous serions hors d'état de mimer sans une éducation spéciale, dirigée dans ce sens, les expressions du visage qui correspondent à la joie, à la colère, à la tritesse, à la peur.

Nous avons indiqué aussi que l'aveugle peut acquérir la mimique qui lui manque d'ordinaire en utilisant la sensibilité tactile des doigts, en portant la main sur son visage quand il est joyeux

ou quand il rit et qu'il y aurait là un moyen de développer, pour le rapprocher de nous et nous rapprocher de lui dans la vie sociale, ses facultés mimiques.

On peut faire des constatations et des réflexions analogues au sujet des sourds-nés et de la mimique vocale.

Les sourds-nés sont, vis-à-vis de la mimique vocale, dans une situation très analogue à celle des aveugles vis-à-vis de la mimique motrice.

Ils ressentent les émotions comme les clairs-entendants, et, quand ils sont écoliers, ils traduisent très nettement, pendant leurs récréations, par des cris de douleur, de surprise ou de joie, les variations émotionnelles de leur sensibilité.

Si, après avoir été un peu éduqués, ils parlent avec difficulté, ils ne témoignent guère, par les modulations de leur voix, de l'influence des émotions légères et passagères qui sont la trame ordinaire de la vie. Comme le remarque un de leurs maîtres, M. Porcher, qui vient de consacrer à l'intonation chez les sourds-muets un travail très intéressant et encore inédit, l'effort d'attention qu'ils font alors pour retrouver les mots et les phrases convenables, les ferme à toute autre influence et leur débit que ne colorent pas des variations affectives reste, en général, monotone et mort.

Quand ils ont appris à parler facilement et conquis, au prix d'une éducation prolongée, un certain automatisme de la parole, on constate dans leur débit des variations spontanées de ton sous l'influence des variations émotionnelles ; leur voix s'anime et vit davantage. C'est ce que M. Porcher appelle leur intonation naturelle.

L'enseignement de l'intonation a pour objet de faire passer les sourds-nés de cette intonation naturelle à l'intonation volontaire, la vraie, et ce passage ne se fait pas sans de grandes difficultés et des résultats en général médiocres. Il s'agit d'attirer l'attention des sourds-nés sur les sensations qui lui viennent de son larynx pendant les intonations naturelles et de lui donner sur ces intonations un pouvoir de contrôle que l'ouïe ne peut lui fournir. L'enfant apprendra donc à se servir de sa sensibilité tactile pour connaître les modifications du larynx qui correspondent à l'intonation ; il posera sa main sur la gorge du maître avant de la poser sur la sienne pour apprendre à distinguer par le tact les vibrations des tons hauts et des tons bas, les mouvements de larynx qui descend ou qui monte et, après plusieurs essais, il arrivera, plus ou moins bien, à reproduire les mouvements générateurs des tons auxquels sont insensibles ses oreilles.

Mais s'il n'avait pas employé le tact des doigts pour juger des essais que nous contrôlons chez nous par l'ouïe, jamais il n'aurait pu, avec ses sensations confuses du larynx, transformer une intonation naturelle en intonation volontaire, d'autant plus que pour lui comme pour tout le monde, les moments d'émotions ne sont pas ceux où on s'observe. J'ai eu l'occasion de développer devant la Société Médico-Psychologique cette idée que les sourds-muets pourraient arriver sinon à une mimique vocale, du moins à une certaine « vivification de leur voix », en imitant pendant qu'ils parlaient et même en exagérant les mimiques affectives des muscles de la bouche et des joues qui leur sont connues par la vue. — J'en ai observé qui mettaient de la vie dans leur voix par ce procédé, conscient ou non, qu'on pourrait essayer de reprendre dans l'enseignement qu'on leur donne.

Nous voyons, par l'exemple des sourds-nés, combien nous demandons peu nous-mêmes à nos sensations du larynx ; nous nous en servons pour faire des essais mais c'est l'ouïe qui contrôle ces essais et qui crée vite chez le clair-entendant entre le mot entendu et le mot parté une association automatique où le rôle conscient des sensations laryngées est réduit au minimum.

Il est très vraisemblable, par ailleurs, que nous gardions dans l'oreille, pour l'utiliser dans la mimique vocale, le souvenir des altérations émotionnelles de notre propre voix. On n'observe pas plus, au cours d'une émotion, ses altérations vocales que les autres et notre mimique vocale est formée bien avant que nous ayons pu la nourrir de notre expérience personnelle, même si cette expérience était possible et féconde.

Il reste, que nous reproduisons dans notre mimique, les variations vocales observées chez autrui ; mais ce serait encore, à notre avis, une erreur de penser que c'est en observant des variations vraies que nous fabriquons nos propres intonations. Ici comme pour la mimique motrice, nous pouvons dire que la mimique est faite bien avant que l'observation ait été possible.

C'est la société qui nous apporte les intonations de notre mimique vocale par l'intermédiaire de l'ouïe. C'est d'elle et non pas de nous-mêmes et de notre expérience individuelle que viennent les modèles que nous proposons à l'activité de notre larynx.

Et il n'est pas douteux que la société ait sa large part dans notre mimique d'intensité ou de timbre pour les mêmes raisons que nous venons de donner à propos de l'intonation.

La mimique vocale, comme la mimique motrice, comme le

langage parlé ou écrit, est une création sociale sans aucun doute engendrée au cours des temps par l'imitation des faits mais qui préexiste à notre existence, nous survit et s'impose à nous.

Les jeunes enfants qui entendent reçoivent leur mimique vocale de leurs parents, de leurs aînés, de leurs amis, de tous ceux qui les approchent ; et il y a chez eux une imprégnation si rapide et si profonde que certaines intonations de terroir acquises dans les premières années, persistent toute la vie, souvent sans s'atténuer. Chez la plupart, la mimique s'acquiert si vite par l'oreille qu'elle peut précéder, pour des phases apprises par cœur et récitées, la compréhension du sens dont elle est censée s'inspirer.

J'ai connu un petit garçon de six ans qui disait fort bien, paraît-il, la Cigale et la Fourmi. Du moins, sa mère s'extasiait sur la façon dont il mettait le ton.

Or, il ne comprenait rien à cette fable et, dès le troisième vers, il était perdu. Il mettait le ton dans les ténèbres. Heureusement, au douzième vers, tout s'éclairait : « Intérêt et principal ! » Il voyait alors le principal du Collège d'Alès qui, l'ayant aperçu au parloir, un jour de visite, l'avait pris dans ses bras et lui avait donné une poire. L'image de ce principal illuminait toute la fin de la fable qui s'achevait sur un triomphe.

Un jour, un autre garçonnet de trois ans, qui était grimpé sur mes genoux et voulait me faire honneur m'a dit gravement : « Je te dirais bien le Loup et l'Agneau, mais je me souviens pas qui fait la grosse voix. »

La mimique vocale n'a pas plus de grammaire que la mimique motrice mais elle a, comme elle, une manière de syntaxe, en ce sens que, suivant le sens et les nuances de la pensée, nous déplaçons d'un mot sur un autre les accents d'intensité et de hauteur et que nous introduisons ainsi, dans l'ordre logique du discours, un ordre psychologique qui le complète et le renforce. Cette langue n'est pas la même dans tous les groupes sociaux ; sur un fond commun et humain de mimique vocale, se greffent des mimiques plus particulières. Il y a des voix de professeurs, de médecins, d'acteurs, d'avocats, de députés, d'ecclésiastiques.

J'ai connu un vénérable pasteur qui ne pouvait dire à sa servante : « passez-moi le pain ou fermez la porte » sans prendre la voix avec laquelle il donnait sa bénédiction.

Il y a des mimiques de classe, des voix populaires, des voix aristocratiques ; il y a les tons hauts et un peu chantants de la duchesse de X., comme il y a les tons bas et la voix traînante, débraillée, où l'on entend traîner les savates, de Bibi-la-Purée, de Mes-Bottes et d'Ugène.

Mais qu'il s'agisse du groupe humain considéré dans son ensemble ou de l'immense variété des groupes particuliers, la mimique vocale garde toujours son caractère social et collectif. Sortie de l'imitation comme la mimique motrice, elle a été, comme elle, stylisée, modifiée, laminée, soumise à des limitations, des exagérations et des sélections sociales. Il n'est pas jusqu'aux onomatopées qui n'aient subi l'action des lois générales du langage qui les ont parfois transformées au point de les rendre inexpressives et méconnaissables.

Les mécanismes d'imitation, de symbolisation, de traduction nous ont été imposés par des nécessités sociales et c'est encore la Société qui nous présente les modèles à imiter après les avoir travaillés et assimilés.

BIBLIOGRAPHIE

AMMAN. — *Surdus Loquens*, Amsterdam, 1692.

BALLY (Charles). — *Traité de Stylistique Française*, Paris, Klincksicksieck, 1909.

BONNIER (Pierre). — *La Voix, sa culture physiologique*, Paris, Alcan, 1921.

GRAMMONT (Maurice). — A) *La Psychologie de la Phonétique*, Journal de Psychologie 1930. B) *Traité Pratique de Prononciation française*, Paris, Delagrave, 1930.

GRATIOLET. — *De la Physionomie et du Mouvement d'Expression*, Paris, Heltzel, 1866.

MAROUZEAU. — *Langage affectif et Langage intellectuel*, Journal de Psychologie, 1923.

PORCHER. — *L'Intonation*. Travail inédit datant de 1925.

SPENCER. — Article sur *l'Origine et les Fonctions de la Musique*, in Macmillan's Magazine. Reproduit dans les *Essais sur le Progrès* (Tome I). Octobre 1857, Paris, Germer-Baillière, 1879. Trad. Burdeau.

WUNDT. — *Grundzüge der Physiologischen Psychologie*, 5e édit., 3 vol., Leipzig, 1902.

AUTOCONDUCTION.
AUTOMATISME. CÉNESTHÉSIE [1]

PAR

RAYMOND MALLET

Sous ce titre on pourrait traiter de toute la psychiatrie et nous ne ferons qu'indiquer une orientation qui, en dépit de courants contraires, nous semble porter de plus en plus la médecine mentale vers la pathologie générale. Si ces trois têtes de chapitre sont réunies au seuil d'une simple ébauche, c'est que la fonction d'autoconduction, le syndrome d'automatisme et le facteur cénesthésique n'y seront considérés que dans leur interdépendance d'où découle précisément la notion d'organicité.

Cependant que MM. Toulouse et Mignard isolaient la fonction d'autoconduction, cette « possibilité de coordonner les processus psychiques ou les processus moteurs en vue d'une activité consciente d'elle-même et adaptée à ses fins », M. de Clérambault décrivait le syndrome d'automatisme. Les premiers auteurs attiraient l'attention sur une fonction de direction, de coordination mentale, qui dispose des éléments sensoriels, intellectuels, affectifs, psycho-moteurs, M. de Clérambault, de son côté, étudiait l'organisation pathologique de ces éléments idéo-sensitivo-moteurs échappés au contrôle de la conscience. Poursuivant ses travaux, Mignard arrive à cette conclusion que la psychopathologie traduit la limitation de la « normale spontanéité » de l'autoconduction : les fonctions mentales et les fonctions organiques qui leur sont normalement soumises ont leurs rapports perturbés, celles-ci se libèrent du contrôle de celles-là, et les accidents mentaux surviennent comme une réaction de l'unité de la conscience, de l'autoconduction, à l'emprise

(1) D'après une Conférence faite à l'Institut de Psychiatrie et de Prophylaxie mentale (Hôpital Henri-Rousselle).

d'automatismes neurologiques exaltés. M. de Clérambault conclut de la même manière quand il ne voit dans le délire que « la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant et souvent intact aux phénomènes qui sortent de son subconscient ».

Sur un terrain plus nettement neurologique, puisqu'il s'agit de la catatonie, MM. Claude et Baruk aboutissent aux notions équivalentes d' « inhibition du contrôle cortical » et parallèlement de libération de « systèmes plus primitifs de la motilité » dont ils situent le centre dans le mésocéphale.

C'est cette double conception de la fonction d'autoconduction et du syndrome d'automatisme que nous avons appliquée à l'étude de l'obsession, puis du délire, qui nous a permis de considérer que l'une et l'autre étaient des accidents de même nature mais à des stades différents d'une évolution qui ne s'accomplit que dans le délire. Et comme, par ailleurs, nous avons été conduits à voir, dans l'obsession, sous son polymorphisme clinique, un trouble fondamental de la cénesthésie, la notion s'est imposée à notre esprit de la même origine cénesthésique du délire dont les diverses formes cliniques, hallucinatoire, interprétative, imaginative, nous ont paru devoir aussi être unifiées.

Où le problème est loin d'être solutionné, et nous tenons compte de ce qu'il a de fragile dans sa seule conception, c'est en ce qui concerne la fonction cénesthésique, son rôle, sa nature. Sans entrer dans des considérations anatomo-physiologiques qui dépasseraient le cadre de ce schéma, on peut retenir des données actuelles qu'elles nous fournissent que la cénesthésie apparaît comme un élément nerveux d'association. Elle jouerait dans le domaine de la sensibilité le rôle de l'autoconduction dans celui de la pensée ; elle serait le trait-d'union entre l'une et l'autre; il n'y a pas, dans l'économie humaine, un élément qui entre en vibration pour son propre compte sans un retentissement cénesthésique, élément psychique ou organique.

Et c'est bien parce qu'elle participe à la fois de la sensation, dans ses localisations les plus disparates, viscérales ou périphériques, et du sentiment, lui-même en liaison avec la pensée, que la cénesthésie n'a pas de substratum anatomique précis. Le déséquilibre neuro-végétatif et glandulaire, certaines modifications physico-chimiques des humeurs, les troubles du dynamisme sont invoqués dans les perturbations cénesthésiques et paraissent pour le moins avoir des rapports avec elles. On connaît les travaux de M. Laignel-Lavastine et de ses élèves sur la sympathologie, sur l'alcalose des anxieux ; nous avons indiqué l'hypothèse de localisations mésocéphaliques dans la libé-

ration d'automatismes moteurs ; M. Mourgue, à propos de l'hallucination, soupçonne que « tous les appareils récepteurs cérébro-spinaux se doublent d'un appareil organo-végétatif qui a une fonction de régulation » ; MM. de Morsier, Guiraud incriminent, dans les troubles de la cénesthésie, un défaut d'accord chronaxique ente neurones. Nous ne nous arrêterons, trop succinctement, qu'aux travaux récents de M. Leriche sur la douleur.

Il est intéressant pour nous de voir un homme qui a attaché son nom à la chirurgie de la douleur aboutir à cette conclusion que la douleur n'est qu' « une modalité affective des sensations tactiles ». Nous ajouterons que l'affectivité, en dehors des cas où elle est primitivement en cause, y a une part d'autant plus grande que la sensation tactile est plus floue, plus ineffable, comme il en est des douleurs dites cénesthésiques. Et parmi celles-ci deux types sont fréquents, qui retiennent l'attention de M. Leriche : le type douleur causalgique, sensation de brûlure, de cuisson, due au « rôle algogène de l'hyperémie active », et le type de douleur en rapport au contraire avec des phénomènes d'ischémie et qui se traduit par des sensations de brisure, d'écrasement, ou de piqûre, de prurit. Notons, en passant, la fréquence des troubles de la circulation périphérique chez nos malades.

Pour illustrer la thèse de M. Leriche sur la nature sensitivo-affective de la douleur nous pourrions, entre beaucoup d'autres, citer les observations que nous avons rapportées à la Société Médico-Psychologique avec M. Mâle de malades, anxieuses, qui, sur un prurit *sine materia* avaient greffé un délire hallucinatoire, avec MM. de Massary et Leroy d'un dément précoce, à l'affectivité éteinte, quoiqu'il fut encore dans la vie sociale, qui, après s'être amputé verge et testicules avec un couteau de cuisine, s'était rendu à ses occupations habituelles.

Nous avons antérieurement rappelé ce que Ernest Dupré entendait par cénestopathie et cru pouvoir faire entrer le syndrome qu'il avait décrit sous ce nom dans la grande classe des obsessions. Nous ne reviendrons pas sur cet essai d'assimilation de la sensation obsédante et de l'idée obsédante, encore que ce soit lui qui nous ait rallié à la thèse de l'origine organique de l'obsession, d'où découle celle de la même origine du délire, si l'on admet leur filiation. Ce qui ne veut pas dire que l'obsession aboutisse au délire. Nous avons avancé le contraire. Seulement qu'elle en constitue un des stades pathogéniques, où elle reste le plus souvent fixée, épisodiquement une étape évolutive. Car, si à la base de ces deux entités cliniques, il

y a une perturbation cénesthésique, avec sa répercussion fatale sur l'autoconduction, c'est le mode de réaction de celle-ci qui fait l'obsession ou le délire.

Encore faut-il s'entendre sur les rapports de l'autoconduction avec l'automatisme. Il est bien évident que l'autoconduction peut être primitivement touchée, dans la confusion mentale, par exemple. Sans aller jusqu'à la confusion, certains états de fatigue aboutissent à des accidents mentaux passagers par exaltation des phénomènes d'automatisme aux dépens des facultés de contrôle épuisées: nous en avons rapporté des exemples pendant la guerre, MM. Paul Voivenel et André Gilles avec nous. « Exagération des opérations inférieures par dérivation », dit, d'autre part, M. Janet ; et c'est bien comme un phénomène de dérivation anxieuse que nous apparaissait certaine fugue du combattant dont nous concluions qu'elle était l'équivalent du délire. Ce sont des manifestations de même ordre, mais atténuées, que M. Montassut signale dans la fatigue du neurasthénique, qu'on éprouve dans l'état hypnagogique de demi-sommeil, de rêverie.

L'état morbide caractérisé commence au moment précis où l'autoconduction débordée par l'automatisme, impuissante, en prend conscience, s'alerte, c'est ce que M. Janet entend par baisse de la tension psychologique, au moment où apparaît l'anxiété qui devient ainsi un des symptômes primordiaux de l'obsession, partant du délire. Vis-à-vis de l'élément qui tend à s'isoler, à faire corps étranger dans la personnalité psychique, idée, sensation, mouvement, ou une combinaison quelconque de ces divers éléments, comment se comporte l'autoconduction ? Déjà, du seul fait de l'anxiété, son fonctionnement est vicié ; par ailleurs, elle ne peut réduire l'élément parasite qui n'est touché par aucune image correctrice, d'autant moins que celle-ci est dépourvue de coloration affective, de tonus. Ou bien alors l'autoconduction garde, sinon sa « normale spontanéité », du moins sa « normale influence sur l'ensemble des réactions organo-psychiques » (Mignard), malgré la perturbation de certaines d'entre elles : c'est l'obsession. Ou bien l'autoconduction se plie aux exigences de l'élément irréductible, le syndrome d'automatisme s'installe suivant la modalité mise en évidence par M. de Clérambault, une nouvelle personnalité psychique est créée : c'est le délire.

L'atteinte à l'unité organo-psychique, si limitée que paraisse sa première manifestation, retentit sur toute la personnalité physique et mentale du sujet, même au simple stade de l'obses-

sion. On pourrait dire qu'on rencontre, chez l'obsédé, à l'état plus ou moins rudimentaire, la plupart des matériaux qui entrent dans la construction délirante.

L'obsédé par idée ou sensation assiste à une sorte de déroulement automatique de souvenirs, d'idées plus ou moins absurdes, souvent sans rapport avec l'objet obsédant, qu'on appelle le mentisme, qui gêne le travail intellectuel volontaire, donne au malade l'impression qu'il n'est pas maître de sa pensée, qu'il va devenir fou, et qui n'est qu'une manifestation avortée du syndrome d'automatisme chez le délirant.

Quelques obsédés vont même au-delà du mentisme, tout en restant en-deçà de l'hallucination : la pensée se concrétise, prend une résonance, et cela sans projection spatiale, sans interposition de l'appareil auditif.

« Quand je suis fatiguée, explique Mme D..., des paroles traversent ma tête comme des images qui passent, souvent des choses qui n'ont pas de sens, des lambeaux de phrase comme si mon jugement était absent ; ou bien, je n'ai pas le temps de penser une chose, elle se formule en paroles, par exemple quand je dis : demain j'irai au magasin, j'entends le son dans le haut de ma tête, çà résonne comme une voix, non une voix perceptible comme la vôtre qui est extérieure, mais je l'entends en dedans, elle ne frappe pas mon oreille, ce n'est pas une hallucination, çà résonne dans le haut de ma tête comme si mes oreilles étaient dans le cerveau. » Une autre malade parle d'un « bruissement de pensées ».

Il y a dans ce phénomène « une exagération en intensité et en fréquence du langage intérieur », comme dit M. Leyritz, ce que M. Laignel-Lavastine appelle l'hyperendophasie, qu'il est intéressant de rapprocher des phénomènes d'éréthisme sensoriel diffus qu'on rencontre chez l'obsédé: hyperacousie, sensibilité particulière à la lumière, hyperesthésie cutanée, etc...

Dans la sphère affective, où plane, nous le savons, une anxiété diffuse, une sorte de cristallisation se produit autour de l'image obsédante et aux dépens des images réductrices. De même dans le délire l'affectivité est accaparée par les phénomènes d'automatisme, particulièrement dans les formes à idée prévalente, les délires passionnels. Et les réactions de méfiance, d'hostilité, de violence que M. de Clérambault considère comme la conséquence du syndrome d'automatisme, en dehors de tout élément paranoïaque, et jusqu'à l'idée d'influence, l'idée de jalousie, se retrouvent aussi bien chez l'obsédé dont elles peuvent faire un

pseudo-délirant épisodique. Quand MM. Séglas et Ceillier distinguent les idées de persécution d'origine paranoïaque des idées de persécution à base d'anxiété, ils indiquent la place de premier plan que peut prendre l'affectivité chez le persécuté.

Enfin l'obsédé présente tout un cortège de troubles plus particulièrement cénesthésiques, diffus ou localisés, quelquefois à une moitié du corps, le plus souvent sans topographie anatomique précise, sensation de vide dans la tête, de craquements dans le crâne, de bourdonnements, de sifflements d'oreilles, de vertige, d'éblouissements, sensations cutanées de prurit, de cuisson, de picottement, ou bien perversion du goût, de l'odorat, ou bien sensations viscérales, douloureuses, nauséeuses, suffocantes, sensations sexuelles, tous symptômes dits fonctionnels parce que sans signes apparents de lésion organique, la fonction paraissant seule en cause, non l'organe, et qui marquent en somme le point de départ des hallucinations et des interprétations délirantes. Dans quelques cas, ce sont ces phénomènes cénesthésiques qui sont au premier plan du tableau clinique, et tellement dégagés de tout appoint imaginatif, sans extension thématique, sans tendance revendicante, qu'on peut parler d'obsession ou de délire cénesthésique, non hypocondriaque. Tels ces cas que nous avons publiés avec M. Gouriou, avec M. Mâle, sous l'étiquette « délire cénesthésique », et à l'un desquels nous apparenterions volontiers le nouvel exemple d' « obsession cénesthésique » que nous venons de rencontrer avec M. Berlioz, à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, caissière dans un grand hôtel, qui est venue nous trouver parce qu'elle ne peut plus manger depuis trois mois environ. Elle explique : « Ça me serre au-dessous de la gorge, il y a quelque chose qui obstrue, je n'ai plus l'estomac ouvert... j'ai un dégoût de la nourriture et l'angoisse de manger parce que je ne peux plus avaler... S'il n'y avait pas cette sensation-là, je mangerais normalement. » Pas de vomissements. Aucune constatation locale. Malade très émotive, avec troubles vaso-moteurs, visage congestionné, extrémités froides, tachycardie accentuée. Elle nous apprend qu'elle a eu une première crise analogue à l'âge de vingt ans, et que depuis cette époque des récidives ont eu lieu, le plus souvent sans raison, comme cette dernière fois, toujours sous la même forme, d'une durée variable, d'un à quelques mois chacune, certaines compatibles avec les occupations habituelles. Elle se nourrit de liquides. Début brutal, « par contraction » ; même soudaineté dans la guérison : « Quand c'est passé, il ne me semble pas que c'est

moi ; ça ne me laisse rien. » La malade ajoute : « Je me dis que, depuis le temps, il se serait déclaré quelque chose si c'était grave, mais je suis quand même très malheureuse, alors que j'aurais tout pour être heureuse, un mari parfait, une fille gentille..., j'ai peur... j'ai l'idée de la mort. » Aucun antécédent névropathique.

Chez la malade que nous avons vue avec M. Gouriou, même sensation de corps étranger dans l'œsophage, polarisant toute l'affectivité, mais donnant lieu à une explication délirante et s'accompagnant de raptus anxieux : la malade est convaincue qu'elle a « avalé un os de mouton », elle va de spécialiste en spécialiste, pour qu'on le lui enlève, elle refuse toute nourriture, et parce qu'on ne l'opère pas et que la douleur est intolérable, elle fait plusieurs tentatives de suicide. Pas de douleur morale comme chez le mélancolique, pas d'idées non plus d'auto-dépréciation : la malade reconnaît elle-même qu'elle était gaie, heureuse, avant l'accident, et qu'elle le redeviendrait après l'opération. Pas d'extension du délire en dehors de la sensation éprouvée, même pendant les paroxysmes, comme chez l'hypocondriaque ou le paranoiaque. Episodes anxieux antérieurs, dont un avec le thème délirant actuel, il y a dix ans. Chez cette malade, âgée de 64 ans, un élément organique, en l'espèce l'aortite, peut intervenir dans la localisation cénesthésique, dont le retentissement psychique ne s'arrête pas à l'obsession, comme chez la malade précédente, sans doute parce qu'il trouve une auto-conduction de moindre résistance : débilité intellectuelle, épisode confusionnel antérieur suite de couches, une sœur internée depuis 1914. Toutefois l'interprétation morbide ne dépasse pas encore le trouble cénesthésique.

« C'est précisément par extension de l'élément interprétatif, disions-nous avec M. Gouriou, du facteur mental, que le délire perd ses caractères cénesthésiques et devient un délire hypocondriaque, mélancolique, de persécution, etc.. »

M. Séglas reconnaît qu'il en est des idées hypocondriaques comme des idées de persécution et qu'à côté de l'hypocondrie paranoiaque il y a une hypocondrie anxieuse. De même M. Delmas, pour qui les idées hypocondriaques des anxieux traduisent exactement « le degré des perturbations de la cénesthésie ». C'était l'opinion de Dupré : « Si presque tous les hypocondriaques ont des troubles cénestopathiques, a-t-il écrit, les vrais cénestopathes ne sont nullement des hypocondriaques. » Alors pourquoi refuser à ces cas l'étiquette de délire cénesthésique ? Et même, quand l'élément paranoïaque est plus marqué, ne peut-on se demander si ce qu'on appelle égocentrisme, auto-

philie, égoïsme, n'est pas justifié en grande partie par le malaise cénesthésique fondamental qui met celui qui l'éprouve en état de moindre résistance, donc de défense légitime ? C'est dans ces formes, d'ailleurs, que se manifestent au maximum les désordres vago-sympathiques, glandulaires, cutanés, vaso-moteurs, trophiques, dans la plupart de ces formes, où se rencontrent le rhume des foins, l'asthme, l'urticaire, l'eczéma, que MM. Sézary et Mauric trouveraient sans doute positive la réaction d'intolérance humorale de nature anaphylactique qu'ils viennent de mettre au point avec M. Pasteur Vallery-Radot.

Il y a une catégorie plus limitée d'obsédés chez lesquels le syndrome cénesthésique revêt une allure plus mentale que physique, et apparaît comme l'épanouissement du sentiment de dépersonnalisation décrit par M. Séglas, sentiment d'incomplétude pour M. Janet. Les malades parlent alors de « rupture mentale » : d'un côté la pensée, de l'autre la sensibilité, sans lien entre elles. Une malade, dont nous avons résumé ailleurs l'observation, présente un véritable syndrome obsédant de négation.

« J'ai tellement perdu mon moi que je ne suis plus rien... Je ne suis qu'une pensée, je ne sens rien ni physiquement, ni moralement... Tout ce qui est sensibilité à tous les points de vue est anéanti complètement. C'est la mort morale complète. J'ai beau penser à quoi que ce soit, ce n'est pas avec une pensée qu'on fait un moi... La vie est faite de morceaux cérébraux que je me crée... Je vais me tuer, mais on ne tue pas une pensée... Je promène une morte. »

Une autre malade se plaint d'être méconnaissable, d'être « liquéfiée, vidée cérébralement », de ne plus avoir de « représentations mentales ».

Un troisième écrit : « Il m'arrive une chose qui n'a pas de nom, qui est l'infini. Une rupture mentale insaisissable... Le temps est remplacé par le vide, tous les plus profonds appels affectifs sont vains, l'idée de raccrochage absurde... Le futur paraît déterminé infailliblement par le présent ; ils se confondent ; les points de repère ne donnent plus. »

La première malade s'exprime de la même manière quand elle envisage la durée : « Aucun point de repère dans le passé, il y a un an ou six ans (début de l'état actuel), je me vois sur le même plan de souffrance. »

Il y a là une indication précieuse sur le rôle du facteur affectif dans la notion du temps.

Ces formes cénesthésiques de l'obsession sont d'un pronostic

grave : la chronicité est à craindre, et le suicide. Elles sont l'équivalent, tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue pronostique, du syndrome de Cotard avec ses idées délirantes de négation, de transformation corporelle, d'immortalité, dont elles nous fournissent une esquisse pathogénique.

Nous ne reviendrions pas sur l'impression de présence étrangère, que nous avons signalée chez quelques obsédés, si nous ne l'avions retrouvée chez un malade récent sous une forme un peu particulière. M. Mar., 30 ans, instituteur, nous raconte :

« Je fais ma classe. Je pense à mon travail. Tout d'un coup, je ne peux plus diriger ma pensée, il y a un arrêt avec sensation de serrement à la tête. A ce moment-là, s'impose une espèce de forme humaine qui, quelquefois, a l'air de se détacher de mon corps. Je la sens plutôt que je la vois. C'est tout à fait estompé, une espèce d'ombre, qui a la forme d'un homme, je ne distingue pas ses traits, je ne peux rien préciser du visage, mais j'entrevois un costume genre basque, sans couleur, avec un béret, petit gilet, pantalon. Cette forme, de grandeur humaine, qui peut se rapetisser, devenir aussi petite qu'il faut pour faire certaines choses, se livre à un tas d'actes loufoques : elle fait le saut périlleux, se tient sur les mains, saute sur la table, disparaît par la porte ou saute par la fenêtre en brisant le carreau et en se rapetissant. Je vois les éclats de vitre alors que je sais très bien qu'il n'y en a pas. A ce moment-là, je fais un effort pour revenir à la réalité. Jamais je ne perds contact, je continue ma classe avec un peu de diminution de conscience. On ne s'aperçoit de rien. Je n'en parle à personne. Çà se répète toujours sous la même forme, surtout le matin, pas tous les jours. Quelquefois, je peux le discipliner en partie, mais en général, çà s'impose malgré mes efforts. C'est très désagréable ; je sens que c'est anormal ; je suis soulagé quand çà disparaît, car j'ai la crainte de perdre entièrement conscience. »

Pas de facteur surajouté, alcoolique ou autre, chez cet homme qui a déjà un passé d'obsédé. Il nous apporte un nouvel exemple de matérialisation de phénomènes psychiques, d'objectivation de représentations mentales sans intercalation sensorielle. M. Leroy pourrait y trouver une manifestation obsédante de l'hallucination lilliputienne à laquelle il a donné une place à part dans le grand groupe hallucinatoire.

Quand on attribue à l'obsession une origine organique, dans laquelle la lésion cénesthésique serait fondamentale, on reconnaît aux facteurs toxi-infectieux, héréditaires ou acquis, une action primordiale et élective. A ce sujet nous rappellerons seu-

lement la fréquence de l'hérédité syphilitique chez l'obsédé. La fragilité congénitale des éléments nerveux d'association expliquerait qu'ils soient primitivement touchés et par des toxines suffisamment atténuées pour que les réactions de laboratoire restent négatives. D'autre part la diffusion et la discrétion des lésions, où les vaso-nervorum, suivant la thèse de M. Leriche, paraissent devoir être incriminés en premier lieu, rendraient compte de la diversité des manifestations physiques, de leur caractère fonctionnel, de leur marche rémittente.

Dans les stigmates physiques que nous avons signalés on retrouve la plupart des manifestations organiques que Dupré considère comme caractéristiques de la constitution émotive qui est effectivement celle de l'obsédé, avec ce qu'elle comporte de particularités mentales : impressionnabilité, craintes, scrupules, et réactions passagères de méfiance, d'hostilité. Dans ces réactions un autre facteur peut intervenir, d'ordre constitutionnel celui-là, dont dépend aussi en partie le degré de résistance de l'autoconduction. C'est ce qui constitue la personnalité mentale de l'individu, à laquelle il faut reconnaître une certaine autonomie, encore qu'elle soit tributaire de la personnalité physique. Elle est faite des possibilités intellectuelles, des tendances instinctives, de leur jeu mutuel plus ou moins dirigé par la volonté et qui peut être faussé par un déséquilibre de l'humeur. Ainsi on arrive aux notions de débilité intellectuelle, ou de déviation du jugement et d'hypertrophie du moi, donc de tempérament paranoïaque, ou d'aboulie, de cyclothymie, qui permettent de parfaire la liaison pathogénique entre l'obsession et le délire, tout en s'opposant à une limitation trop étroite des constitutions. Chez le délirant cette personnalité mentale est au premier plan, mais ce sont les perturbations cénesthésiques qui l'ont exaltée et déviée. La preuve en est encore dans certaines formes de délire, dont nous avons déjà rencontré quelques-unes: le délire purement cénesthésique ; le délire hypocondriaque, à point de départ cénesthésique, à aboutissement imaginatif ; les délires dits passionnels à cause, précisément, de leur charge émotionnelle, et dans lesquels l'idée prévalente n'est qu'une idée obsédante évoluée ; les délires d'interprétation à base affective, de Kretschmer, que Mlle Pascal rattache à la psychocolloïdoclasie ; le délire de supposition, de M. Capgras, voisin du pseudo-délire obsessionnel.

Sans doute faut-il tenir compte, devant un obsédé ou un délirant, de ce que sa personnalité mentale doit aux chocs affectifs subis depuis l'enfance, dès la naissance dit l'école psychana-

lytique, qui retient comme choc la séparation du nouveau-né d'avec la mère. Mais c'est de la nature du terrain qui les reçoit, non des chocs mêmes, que dépendent les accidents ; ceux-ci ne sont pas davantage en rapport avec la répétition de ceux-là qui joue aussi bien dans le sens de la vaccination que dans celui de l'anaphylaxie. Si le thème de l'obsession ou du délire emprunte parfois à quelque processus de refoulement ou de dérivation, suite d'un choc, d'un conflit entre la libido et le moi, dit le psychanalyste, il ne se développe, à échéance plus ou moins éloignée, que du jour où apparaissent les signes de rupture de l'équilibre cénesthésique. Un équilibre qui résiste d'une façon souvent paradoxale à un trauma affectif grave et qui peut être ébranlé par le moindre choc, ce que reconnaît bien l'obsédé lui-même quand il s'accuse d'égoïsme, de ne pas souffrir pour ceux qu'il aime.

Ainsi admise l'origine cénesthésique de l'obsession, il devient difficile d'accorder à la psychanalyse la valeur thérapeutique que lui reconnaissent ses adeptes. C'est une méthode que personnellement nous n'avons jamais pratiquée ; elle a ses rites, elle exige une initiation ; il faut l'avoir subie pour bien l'appliquer. Mais nous avons vu des malades qui ont été psychanalysés et de la manière la plus ésotérique. Ils nous ont laissé l'impression que la méthode de Freud est sans action favorable, elle en a même quelquefois une fâcheuse, chez les obsédés dont nous nous occupons ici. Elle nous paraît convenir surtout aux abouliques, aux autosuggestionnables, aux malades qui ont des attitudes mentales vicieuses comme on a des tics, aux déviés sexuels qui y trouvent la satisfaction d'un exhibitionnisme psychique et celle d'une justification médicale de leurs écarts. C'est ainsi que la psychanalyse peut apporter de l'apaisement à l'obsédé qui s'inquiète du caractère étrange de certains automatismes psychiques qu'elle dissèque, de ces « pulsions affectives » que M. Henri Ey oppose aux automatismes neurologiques ; il nous paraît que la simple psychothérapie aboutit, avec moins de risque, au même résultat. Résultat limité puisqu'il ne peut être obtenu que pour une catégorie d'automatismes, et éphémère puisqu'un automatisme remplacera l'autre tant que la liaison cénesthésique sera troublée. Disons qu'il y a des coïncidences heureuses pour la psychanalyse comme pour beaucoup de méthodes thérapeutiques.

Cette dualité, plus apparente que réelle, des phénomènes d'automatisme considérés d'après leur teneur affective ou leur caractère plus spécifiquement organique, se retrouve dans les états schizophréniques, que Bleuler a retirés du cadre de la démence

précoce. On ne s'étonne donc pas que les mécanismes psychanalytiques interviennent dans la conception de Bleuler qui n'en reconnaît pas moins à la schizophrénie une étiologie organique. La notion de perte de contact avec la réalité, sur laquelle est échafaudée cette conception, implique l'idée d'une reprise de contact possible qui ne s'accorde pas avec la notion de démence. Dans celle-ci il s'agit d'une perte irrémédiable, définitive, et non plus seulement d'une fonction, mais des éléments, des matériaux dont dispose cette fonction. Il est reconnu, et la malariathérapie en a apporté de nouvelles démonstrations, que certains états d'affaiblissement qui paraissaient définitifs s'amendent, qu'on assiste à la récupération plus ou moins marquée de matériaux qui semblaient anéantis. Mais la *restitutio ad integrum* ne se produit pas ; sinon le diagnostic de démence était erroné. Il ne peut donc être posé qu'après une période d'observation prolongée pendant laquelle s'affirmera un déficit mental dû non seulement au trouble des fonctions de relation, mais à la carence même des éléments dont elles assuraient la liaison.

Dans l'obsession, dans le délire, la synthèse organo-psychique est atteinte. Elle ne s'en fait pas moins chez l'obsédé, grâce au maintien de l'autoconduction, mais non sans un cortège d'automatismes qui en diminue le rendement. Chez le délirant, l'atteinte de la cénesthésie est plus profonde, l'autoconduction est moins résistante, et la synthèse organo-psychique ne peut se faire que grâce à un compromis, elle est déviée : un syndrome d'automatisme se développe, auquel se conforme l'autoconduction et en dehors duquel elle fonctionne normalement, ce qui permet à certains délirants une activité intellectuelle apparemment logique. Chez le dément, il n'y a plus de synthèse possible : chaque fonction s'isole de ses correspondantes, des associations fortuites se créent, il n'y a plus de discipline affective, l'indifférence émotionnelle s'installe traversée de raptus anxieux pendant un temps variable, des stéréotypies apparaissent, des décharges motrices se produisent, le langage même se détache de la pensée, tout cela jusqu'au néant intellectuel.

Une conclusion formelle serait prématurée. Retenons des considérations trop hâtives qui précèdent ce qu'elles semblent mettre particulièrement en évidence : la discipline cénesthésique dans les rapports de l'autoconduction avec l'automatisme, l'anxiété traduisant la perturbation de ces rapports dont l'obsession marque la première étape pathologique et le délire l'évolution accomplie, tandis que la démence est liée à un processus non plus de déviation, mais de désagrégation mentale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 21 Juillet 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

En ouvrant la séance, M. L. MARCHAND, *président,* adresse les félicitations de tous au Dr RODIET, *membre titulaire,* nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Il souhaite la bienvenue au Dr CLARENCE O. CHENEY, Directeur du New-York State Psychiatric Institute, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 9 juin et le procès-verbal de la séance du 27 juin sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Paul COURBON, *secrétaire des séances,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Edouard BURCKARD, de Sarreguemines, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Henri EY, de Paris, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Paul LARIVIÈRE, de Montréal, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger.*

Subvention du Conseil Municipal de Paris

Le *Secrétaire général* est heureux d'annoncer à la Société que, sur sa demande, présentée par notre collègue le Dr Calmels, Conseiller Municipal, et appuyée par la 5e Commission et M. le Rapporteur général, le Conseil Municipal de Paris a bien voulu, comme l'an dernier, accorder à la Société Médico-psychologique, pour l'année 1932, une subvention de 8.000 francs.

Le Bureau propose d'adresser au Dr Calmels et aux membres de la 5e Commission du Conseil Municipal de Paris les bien vifs remerciements de la Société.

Il propose, en outre, comme l'an dernier, d'affecter cette subvention de 8.000 francs à la publication du Bulletin de la Société dans les *Annales Médico-psychologiques.*

Il en est ainsi décidé, à l'unanimité des membres présents.

Des deux subventions obtenues pour l'année 1932, l'une, celle du Conseil Municipal (8.000 fr.), sera donc affectée à la publication du Bulletin de la Société, l'autre, celle du Conseil Général (5.000 francs), restant affectée aux autres besoins de la Société.

M. Marchand, *président,* remercie le Secrétaire général et le félicite du succès de ses démarches.

COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS

Un cas d'hérédité précessive, par MM. Rondepierre et Taquet.

MM. Heuyer et Logre ont rapporté, en février 1929 (*Bulletin Médical,* 27 février) plusieurs cas d'une forme particulière d'hérédité, qu'ils ont appelée « hérédité précessive » et dont ils ont bien montré tout l'intérêt. Nous en rapportons ici un nouveau cas :

Mme Jeanne F..., employée de magasin, 47 ans, présente actuellement un état maniaque typique pour lequel elle a été internée le 9 juin 1931. Pas de troubles mentaux chez les ascendants. Actuellement : troubles légers de l'attention. Associations d'idées par assonances. Fausses reconnaissances. Hypertonus : sentiment de puissance et de supériorité. Verbigération sur thèmes principalement érotiques : les infirmières lui proposent des pratiques lesbiennes, etc... Causticité intense. Plaisanteries. Rires. Chants. Vocabulaire ordurier. Emphase, déclamation. Agitation très violente ayant nécessité maillot et scopolamine. Intelligence intacte. Mémoire excellente. Orientation assez

bonne. Insomnie. Facies congestif. Obésité, Réflexes tendineux faibles. Pas de troubles pupillaires. Pas de dysarthrie.

C'est la première fois qu'elle est internée, mais tous ses enfants, au nombre de trois, l'ont été dans le premier semestre de 1929, et chacun d'eux, semble-t-il, à l'occasion d'un épisode infectieux.

En février 1928, le père de ces trois enfants meurt, à 50 ans, à l'hôpital Henri-Rousselle, après quatorze jours de délire aigu, avec 5 gr. d'urée sanguine. Il était convalescent de grippe.

Le 19 janvier 1929, le fils, âgé de 20 ans, débile mental, est dirigé, de l'hôpital Saint-Louis, sur le service du Pr Claude à la Clinique, pour une bouffée délirante polymorphe qui dure quatre jours environ. Il était en traitement pour gale infectée. Il est actuellement interné, depuis un mois, dans le service du Dr Truelle, avec le même diagnostic : bouffée délirante polymorphe chez un débile.

Le 4 février 1929, c'est la fille cadette, Andrée, également débile mentale, qui est traitée à l'hôpital Henri-Rousselle. A 19 ans, à la suite d'une grippe, elle présente un état infectieux avec anémie légère et fièvre pendant neuf jours. Elle fait une bouffée délirante avec confusion mentale, agitation et gâtisme. Puis cet état disparaît en même temps que la fièvre pour faire place à un court accès d'excitation maniaque. Elle sort guérie au bout d'un mois.

Peu de temps après, elle fait une chute accidentelle de 4 m. de haut à travers une verrière, elle présente de la fièvre, des tremblements, un état d'excitation avec cris et idées délirantes polymorphes qui dure quelques jours. Elle est soignée à St-Antoine par le Dr Pagniez qui l'envoie en convalescence au Vésinet.

En juillet de la même année, c'est la fille aînée, Marcelle, intelligente celle-là, qui fait une psychose post-puerpérale de forme maniaque : elle accouche le 20 juin, normalement, d'une fille bien constituée. Huit jours après, température à 40° qui tombe en quelques jours, mais, deux jours après sa sortie de l'hôpital, elle présente un état d'excitation maniaque typique. Elle entre à l'Admission avec 38° de fièvre, sa température monte à 40° le 4e jour. Elle reste subfébrile pendant une douzaine de jours.

On constate : érotisme, rires, chants, fuite des idées, activité de jeu ; euphorie, hypertonie affective. Violences. Insomnie. Constipation opiniâtre. Pâleur. (Observation du Dr H. Ey).

Transférée à Villejuif dans le service du Dr Rogues de Fursac, elle sort guérie, deux mois après son accouchement.

Conclusion

1° Nous constatons, dans cette famille, une fragilité toute particulière du système nerveux qui paraît réagir par des troubles mentaux aux infections les plus diverses.

2° C'est un nouveau cas d'hérédité précessive. Il concerne une maniaque dont le premier accès net est survenu 2 ans après celui de ses filles. MM. Heuyer et Logre ont signalé l'hérédité précessive similaire chez les mélancoliques, puis l'hérédité précessive chez un délirant imaginatif dont le fils avait été hospitalisé pour troubles graves du caractère.

M. Courbon a publié l'observation de 3 adolescents, frères et sœurs, schizophrènes, dont la mère fut internée, après ses enfants, pour psychose hallucinatoire chronique.

La supposition de MM. Heuyer et Logre, que l'hérédité précessive se rencontrerait sans doute dans toutes les maladies mentales, se trouve donc confirmée. D'ailleurs, leurs premiers cas publiés concernant des mélancoliques, on ne saurait s'étonner de constater de pareils faits chez des maniaques.

L'accès de la plus jeune fille de notre malade a été moins typique, comme il arrive souvent chez les débiles, mais la fille aînée, plus intelligente, a fait un accès en tous points comparable à l'accès tardif de sa mère.

Un tel accès tardif semble assez souvent le premier chez ces malades atteints de psychose à double forme, mais dans le cas particulier, la fille aînée nous a appris que sa mère avait présenté vers 1928 une courte période d'excitation psychique et motrice avec gaîté exagérée, verbigération, insomnie, bref tout le tableau d'un accès hypomaniaque. Nous croyons qu'un interrogatoire de la famille, minutieux et prudent (c'est-à-dire qui ne suggère pas la réponse désirée !) doit arriver à déceler de tels accès antérieurs dans la grande majorité des cas. Et c'est pourquoi l'hérédité précessive véritable, absolument certaine, doit rester rare dans la psychose maniaque dépressive ; ce que l'on observera le plus souvent sera l'apparition tardive d'un accès net après bien d'autres légers, passés inaperçus, alors que, antérieurement, chez les enfants, le premier accès avait nécessité l'internement. En effet, comme le font justement remarquer MM. Heuyer et Logre, en concordance avec la loi de la dégénérescence mentale de Morel, la maladie paraît plus active chez les descendants, et c'est pourquoi son éclosion peut même précéder celle des parents.

Ces faits montrent encore que les méthodes d'eugénique prénatale ne peuvent évidemment s'appliquer dans de tels cas.

L'intérêt de cette notion d'hérédité précessive est double : au point de vue diagnostic et au point de vue pronostic, elle permet de prévoir l'apparition d'un accès de troubles mentaux, et dans le cas de mélancolie, par exemple, de prévenir un suicide.

Une tentative étrange de suicide. Considérations sur le suicide « favorisé », par MM. R. Dupouy et H. Pichard.

Nous relatons ici une tentative étrange de suicide chez un mélancolique anxieux présénile. Cette tentative a été elle-même précédée de deux autres tentatives ayant déjà présenté un caractère quelque peu inhabituel. Cette particularité trouve son explication dans la constitution mentale anormale du malade, mais la réitération des tentatives tient aussi, pour une certaine part, à des conditions familiales que nous exposerons plus loin.

M. X., 68 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle pour la première fois le 16 avril 1932 pour un état dépressif et anxieux. Déprimé depuis deux ans et demi déjà, son état s'est récemment aggravé à la suite de difficultés d'ordre économique ; il tient, en effet, avec un associé, un petit atelier de gravure très touché par la crise des affaires.

Il cherchait déjà à se suicider il y a deux ans ; il voulait se jeter du haut de la colonne de la Bastille et a dû en être empêché. Plus récemment, il tentait de se tuer en s'enfonçant une lime de graveur dans la tempe. Ces deux tentatives étaient marquées d'une certaine ostentation : il les a accomplies en présence de tiers, dans des conditions telles, nous dit sa fille, « qu'il ne semble pas avoir eu vraiment l'intention de réussir » — opinion que nous ne partageons pas entièrement.

Hospitalisé sur la demande de son associé, il se comporte dans le service comme un déprimé mélancolique sans délire franc, avec de vagues idées d'incurabilité, quelques paroxysmes anxieux et des idées avouées de suicide. Cet état évolue sur un fond d'affaiblissement intellectuel qui se caractérise par de la bradypsychie, de la dysmnésie, de l'aprosexie. Très lucide cependant, il attribue sa dépression à des motifs parfaitement réels, ses soucis d'affaires et ses préoccupations d'avenir d'une part, la mésentente avec sa famille d'autre part.

Cet affaiblissement intellectuel est lié à un état d'artério-sclérose ; le pouls est dur et vibrant, le cœur est augmenté de volume, et la radioscopie montre une aorte opaque, un pédicule vasculaire élargi et des nappes de sclérose périmédiastinales. L'aspect général est d'ailleurs celui d'un vieillard. Les réactions humorales enfin sont négatives.

Ce qui frappe cependant dans l'attitude du malade, c'est l'exagération de sa présentation mélancolique, l'outrance de ses souffrances alléguées. « Faites-moi mourir », dit-il au médecin qui l'interroge. Il nous interpelle au passage, soucieux d'attirer l'attention sur lui et sur son désir de la mort, paraissant se complaire à une sorte d'exhibition mentale et exigeant presque l'exécution par nous de l'acte qu'il

demande. Il y a là tout un syndrome morbide d'allures constitutionnelles dont la nature nous est confirmée par son histoire.

Né à Vienne, naturalisé Français, il est fils d'un cordonnier, s'élève petit à petit par ses efforts tenaces, un travail acharné et consciencieux. Apprenti graveur, il entre à l'Ecole des Arts Décoratifs, parcourt toute l'Europe et se fixe en France en 1893 où il monte son atelier qui connut la prospérité.

A côté de ses traits de volonté et de persévérance, sa famille nous décrit son autoritarisme, son caractère difficile, renfermé, exalté, profondément égocentrique ; il ne s'occupe en réalité de personne autre que lui. Il est vaniteux, asociable, imbu de sa personnalité, éprouvant le besoin de se faire remarquer, posant volontiers au martyr et à l'incompris. C'est un exalté, nous dit sa fille, avec qui il est très difficile de s'entendre. Le fond de son caractère est de se faire valoir ou remarquer ; au théâtre, il applaudit avec ostentation, fait des gestes qui le signalent à l'attention générale. Il tient à paraître plus malade qu'il n'est pour apitoyer son entourage et se faire dorloter. Il aurait enfin des tendances à se croire persécuté, interprétant à faux les attitudes et les paroles ; il supposait récemment que son associé voulait l'éliminer.

Son comportement est celui même du paranoïaque, au surplus hypocondriaque, se plaignant toujours de sa constipation et se lamentant à ce sujet, réclamant ou exigeant sans cesse quelque chose. Dans le service, il soutient qu'il ne va pas à la selle de huit jours, qu'on ne s'occupe pas de lui, qu'on ne le soigne pas ; il refuse de se lever pour qu'on fasse son lit et se plaint ensuite que celui-ci n'ait pas été fait.

Ajoutons que sa famille qui nous dépeint les tares morales avec passion et le charge avec haine ne comprend rien à son état actuel. Elle n'y voit que simulation et prétend qu'il veut faire semblant d'en finir pour échapper à ses responsabilités.

C'est dans cet état d'esprit que le 9 mai 1932 sa fille vient réclamer la sortie du malade, traité en service ouvert. Prévenue de la gravité de l'affection et de ses conséquences possibles, elle persiste dans sa décision en alléguant son incapacité d'assumer les frais d'hospitalisation. On ne peut donc procéder à un placement volontaire non plus qu'à un placement d'office en présence de l'opposition familiale à tout internement. Le malade est donc rendu à sa famille, sous la responsabilité de celle-ci et contre avis médical, ce qu'elle accepte de nous déclarer par écrit.

Trois jours après, le 12 mai 1932, le malade fait une nouvelle tentative de suicide, dans des conditions très particulières. Dans son propre atelier, il introduit sa tête entre les mâchoires de l'étau qui sert à son travail de graveur et serre la vis de l'instrument jusqu'à ce qu'il sente littéralement son crâne éclater. Transporté d'urgence à l'hôpital Cochin, on constate une fracture du crâne avec enfoncement du temporal et du frontal, détachement du rebord orbitaire supérieur. La dure-mère est ouverte. Cependant l'on ne pratique pas de

trépanation. On nous l'adresse le 3 juin, à l'hôpital Henri-Rousselle où il est hospitalisé pour la deuxième fois, en attendant son placement à l'asile. Si cette étrange tentative de notre malade avait abouti et que l'on eût trouvé celui-ci mort, la tête broyée entre les mâchoires d'un étau, eût-on facilement admis le suicide et n'eût-on pas plutôt pensé à un homicide ?

Les suicides étranges sont bien connus depuis les travaux d'Esquirol, de Marc, de Brierre de Boismont, de Moreau de Tours... L'étrangeté de l'acte peut être commandée par un thème délirant, mystique par exemple, surtout chez les hallucinés. Mais le suicide, même le plus étrange, n'est pas fatalement déterminé par une idée délirante ; un état dépressif, obsédant, anxieux, non délirant, suffit à provoquer une impulsion-suicide. Il faut, d'autre part, tenir compte, dans le déterminisme psychologique et la modalité choisie du suicide, de différents facteurs tels que le caractère, la profession, les antécédents héréditaires similaires, la contagion, enfin les conditions matérielles se prêtant fortuitement à l'accomplissement d'un acte longuement prémédité ou dont l'idée a brusquement surgi au cours d'un raptus anxieux.

Esquirol avait déjà fait remarquer que les militaires et les chasseurs se brûlent la cervelle, les perruquiers se coupent la gorge avec le rasoir, les cordonniers s'ouvrent le ventre avec le tranchet, les graveurs avec le burin, tandis que les blanchisseuses s'empoisonnent avec la potasse et le bleu de Prusse ou s'asphyxient avec le charbon. L'influence de la profession oriente parfois le sujet vers un procédé invraisemblable de suicide. Tel celui cité par Moreau de Tours. M. S., *chapelier,* dégoûté de l'existence par une maladie incurable, a eu la singulière idée de s'étouffer en s'enfonçant jusqu'au cou un chapeau de soie très étroit. Quand on l'a trouvé, il était mort depuis longtemps. Sur le haut du chapeau, il avait fixé avec quatre épingles un billet faisant connaître les motifs de sa mort. Cette influence se retrouve chez notre malade, qui essaie par deux fois de se donner la mort à l'aide d'outils professionnels (lime, étau).

Les circonstances offertes par le hasard ont pareillement une action déterminante importante dans l'emploi immédiat d'un procédé jugé efficient malgré son étrangeté. C'est ainsi que Sénèque rapporte le cas d'un malheureux conduit au combat de bêtes dans un chariot entouré de gardes. Feignant de s'endormir, il laissa tomber sa tête, l'allongea suffisamment pour la faire passer entre les rayons des roues de la voiture, puis se tint ferme sur son siège jusqu'à ce que la révolution de la roue lui eût brisé les vertèbres du cou. Nous retrouvons encore le rôle joué par les

circonstances du moment dans le cas de notre malade, en l'esprit de qui la vue de son étau éveille brusquement l'idée de s'en servir pour réaliser son intention de suicide.

Quant au caractère, à la personnalité morale et intellectuelle de l'individu, délirant ou non, en proie à des idées de suicide, ils dominent tellement la question que Durckheim a pu écrire : « Chaque suicidé donne à son acte une empreinte personnelle qui exprime son tempérament, les conditions spéciales où il se trouve et qui, par conséquent, ne peut être expliquée par les causes sociales et générales du phénomène. ». Les tentatives de X. sont des actes impulsifs où se reflètent ses tendances essentiellement égoïstes, son inquiétude du lendemain, ses préoccupations mélancoliques, son goût de l'ostentation, son besoin de se faire remarquer, qui expriment si profondément sa constitution paranoïaque.

Outre ces considérations d'ordre psychologique, notre cas pose un problème d'ordre pratique et médico-social. Voici un malade, déprimé, mélancolique, sans délire franc, mais qui présente nettement des tendances au suicide. La sortie est réclamée par lui-même et bien plus encore par sa famille indisposée contre lui et l'accusant d'exagération, de simulation.

Que peut-on faire pour défendre ce malade contre lui et contre sa propre famille ? Le placement volontaire est impossible, la famille y étant opposée. Le placement d'office demandé sans des arguments péremptoires par le médecin d'un service hospitalier, contre le gré de la famille qui réclame que le malade lui soit rendu, est voué fatalement à de sévères critiques et risque de n'être, sinon obtenu, du moins non maintenu. Faire signer une décharge par la famille, déclarant par écrit assurer la surveillance nécessaire et assumer la responsabilité des actes qui résulteraient d'une sortie prématurée accomplie contre l'avis médical, est insuffisant. Une telle pièce ne protège pas sûrement le patient et sa valeur est toute morale.

Une nouvelle tentative est en effet à craindre, et sa réussite d'autant plus aisée que la famille, indifférente, incompréhensive ou même franchement hostile, peut faciliter l'acte par son manque de surveillance et même par ses récriminations, ses doléances, ses reproches, voire ses accusations, pousser à bout le malade, créer en lui un paroxysme anxieux générateur de raptus et « favoriser » ainsi un suicide, plus ou moins escompté.

En l'occurrence, un ami du malade écrivait au Procureur de la République, le surlendemain de la tentative que nous avons rapportée, pour lui faire part de son impression constante « que

M. X. ne recevait pas de la part des siens les soins que son grave état nécessitait », malgré qu'il eût essayé déjà par deux fois de se tuer.

Dans le cas plus général d'un suicide « favorisé » par une famille ayant intérêt à la disparition du malade et laissant au besoin traîner une arme avec laquelle il serait tenté de se suicider, peut-on assimiler son défaut de surveillance, son incurie volontaire, à un homicide par imprudence et y a-t-il jamais eu, en pareil cas, de poursuites intentées d'office par le Parquet ?

Sans doute le suicide ou meurtre de soi-même ne constitue en France ni un crime, ni un délit dans l'état actuel du Droit, et ne peut, par conséquent, être soumis à aucune répression. Le suicide n'étant pas un fait criminel ou délictueux, celui qui a concouru au suicide par provocation ou en fournissant les moyens de le commettre, ou même par aide et assistance dans les faits qui l'ont préparé, facilité ou consommé, n'encourt aucune peine (Rauter, Carnot, Merlin, Chauveau et Faustin Hélie, Blanche, Garraud...). Mais le législateur et les commentateurs n'ont en vue que le suicide d'un individu considéré ou présumé sain d'esprit, responsable de son acte. Or, en l'espèce, il s'agit de malades, de psychopathes, plus ou moins délirants ou affaiblis intellectuellement. L'acte ne saurait être regardé comme le résultat d'une décision mûrement réfléchie, mais comme une impulsion pathologique à laquelle le sujet n'a su résister.

Dans le cas de suicide d'un mélancolique survenu sans provocation dans une maison de santé libre, nous savons combien facilement le médecin est rendu responsable de cet accident, poursuivi, condamné pour manque de surveillance. Nous ne sachons pas que, dans le cas de suicide provoqué, favorisé, chez un malade du même genre par un familier, parent ou ami, des poursuites analogues aient été engagées. Et cependant, quelle différence dans les deux cas : imprévision de l'accident, d'où impéritie relative et désintéressée dans le premier, prévision dans le second, avec intention arrêtée de provoquer la mort pour un but intéressé et mise en œuvre volontaire de moyens destinés à l'accomplir.

M. René CHARPENTIER. — L'intérêt des faits envisagés par MM. Dupouy et Pichard est encore beaucoup plus grand dans des pays tels que les pays britanniques, Grande-Bretagne, Canada, par exemple, où le suicide motive des poursuites judiciaires.

M. H. CLAUDE. — Il est sûrement bien difficile d'apprécier la responsabilité de l'entourage. Il est à craindre qu'au point de vue

médico-légal, il y ait là une source de complications et d'interprétations.

M. HEUYER. — En règle générale, les promesses des familles de malades se rapportant à la surveillance du malade dont elles demandent la sortie ne sont jamais tenues.

M. Roger DUPOUY. — Il existe dans le Projet de loi Strauss un paragraphe qui prévoit la responsabilité civile de la famille qui demande la sortie d'un malade non guéri.

M. René CHARPENTIER. — Les réserves faites par M. le Professeur Henri Claude ont également une grande valeur lorsque le malade est soigné dans une maison de santé. La suspicion d'un certain public à l'égard de ces établissements pourrait, dans certains cas, s'exercer dans ce sens aussi bien en présence d'un suicide survenu dans l'établissement que dans le cas d'un suicide survenu au dehors, après évasion ou après sortie régulière qu'on pourrait supposer intentionnellement autorisée.

Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno résistante, par MM. CLAUDE, BARUK et Henri EY.

Nous désirons vous présenter une malade dont l'histoire brève, mais intéressante, mérite d'être connue.

D'une famille de 4 enfants, Mme Rev... n'a dans ses antécédents héréditaires rien de particulier.

Maladive dans sa jeunesse, elle se développa pourtant normalement.

Mariée à 26 ans, elle eut une fausse couche de six mois (accidentelle, dit-elle), à l'âge de 32 ans.

Elle a maintenant 64 ans.

C'est en 1927 que les troubles neuro-sensoriels qu'elle présente ont commencé. Elle maigrit, était fatiguée. Elle avait « comme un engourdissement dans les oreilles », et bientôt elle entendit un sifflement dans l'oreille gauche. Examinée à ce moment là, on trouva une atténuation des réflexes tendineux, un signe d'Argyll et un Bordet-Wassermann positif dans le sang. Elle fut traitée dès ce moment là.

En 1929, la ponction lombaire donne : albumine : 0,60. Pandy : positif. Bordet-Wassermann : positif. Benjoin : positif et 1,4 éléments.

Elle subit régulièrement un traitement (muthanol, cyanure, novar) jusqu'à ces derniers temps encore. Elle entra même à la Clinique pour y être impaludée en octobre 1930. Elle supporta très bien ses accès.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée de temps en temps s'est montrée irréductible jusqu'au dernier examen (mai 1932). Il

s'agit donc d'une résistance sinon totale, tout au moins très tenace aux traitements institués et régulièrement suivis.

Le syndrome tabétique ou tout au moins d'atteinte nerveuse plus ou moins diffuse, qu'elle avait présenté, s'est fixé.

Elle travaille dans son ménage et peut parfaitement vivre avec son mari.

Son *fond mental* n'est guère altéré. Tout au plus, peut-on noter une certaine fatigabilité, une attention un peu diffuse. La critique est parfaitement conservée. Il existe quelques troubles affectifs dans le sens d'une certaine exaltation de l'émotivité.

Surdité. Hallucinose. — Cette malade est actuellement atteinte d'une hypoacousie très marquée, surtout à gauche. Il faut lui parler fort et elle n'entend pas très bien.

C'est en 1927 qu'elle a commencé à se plaindre de cette surdité et des bruits subjectifs qu'elle entraînait.

Nous allons rapporter ces propos comme elle nous les a donnés dans les divers examens que nous lui avons fait subir.

« A la suite d'un engourdissement dans les oreilles qui a duré un « mois ça faisait comme des chauds et froids. Le sifflement a alors « commencé à l'oreille gauche. Ça faisait comme un sifflet d'usine « qu'on entend au loin. C'était continu. Pendant deux mois et demi « ça n'a pas discontinué. Je ne pouvais pas dormir la nuit. J'ai repris « mon travail tout de même, mais deux jours après « ça m'a chan- « tonné » comme une casserole d'eau sur le feu. Ça a duré un an « comme ça en s'accentuant. Ensuite ça s'accompagnait de douleurs « vagues dans la tête tellement ça chantait fort. J'avais comme des « douleurs dans la tête. J'étais énervée. Je fuyais dans la rue. Ça « m'agaçait. Je ne puis pas me rappeler exactement comment j'ai « entendu peu à peu : « Tournez-vous, Marie ! Tournez-vous, « Marie ! » Voilà deux ou trois ans que j'entends ça tout le temps. « Parfois c'est très fort et quand je m'assoupis ça me réveille. « Ça « radote tout le temps, ça a d'abord été du côté gauche puis main- « tenant des deux côtés. »

Au cours de son impaludation, durant les accès, « ça radotait » beaucoup. Ensuite ça été plus doux. Elle le supportait mieux. Elle peut s'occuper un peu, mais « elle ne pouvait pas être assidue ».

Dans la suite « il y a eu de bons et de mauvais jours ». Parfois elle entend à gauche une petite voix et une grosse voix à droite. Quelquefois quand *ça parle fort* à gauche ça fait psch... psch... « Quand je suis dans le métro je n'entends rien à cause du bruit. » « Quand j'écoute autre chose, ça s'atténue. »

Elle se plaint d'avoir de véritables *crises*. Et l'un de nous l'a vue effectivement dans un état d'angoisse avec de très forts battements carotidiens des deux côtés au moment des paroxysmes sensoriels.

Quant à son comportement vis-à-vis de ces phénomènes, elle se présente comme une personne qui critique et réduit entièrement à son

véritable plan ce qu'elle éprouve. C'est gênant. Tout le temps ! Tout le temps ! Et puis c'est très fort. Ça n'arrête pas. C'est une rengaine continuelle. — Jamais il ne m'est venu à l'idée que c'est quelqu'un qui chante. C'est parfois comme une voix d'homme, mais ça n'en est pas une. Je sais bien que ça ne peut pas être naturel... *Il faudrait que je sois folle pour croire que c'est réel,* jamais de la vie.

Examen otologique (Dr Lecourt). — Otite scléreuse double spécifique avec prédominance à gauche.

Troubles labyrinthiques légers (Dr Aubry).

Examen neurologique actuel. — Signe d'Argyll.

Pas de tremblements, ni de troubles de l'équilibre.

Réflexes patellaires normaux.

Comment définir et surtout comment interpréter les symptômes que présente notre malade ?

En même temps que chez elle s'installait une surdité dont les lésions objectives ont été constatées par l'examen otologique. Elle entendait d'abord des sifflements très forts et puis une voix formulée très forte par intervalles qui lui crie, qui lui chantonne, lui radote cette « rengaine » : Tournez-vous Marie ! Il s'agit donc d'un phénomène psycho-sensoriel où l'esthésie sensorielle est très vive.

Mais il manque ce qui, à notre sens, est l'essentiel du phénomène hallucinatoire vrai : la croyance dans la réalité de la voix qu'elle entend. Il s'agit donc d'une *hallucinose.*

Notons encore que cette hallucinose est sous l'étroite dépendance de lésions du nerf auditif, soit dans ses expansions périphériques, soit dans son trajet central, car il s'agit d'une spécifique qui a présenté manifestement des signes de syphilis nerveuse, rebelle humoralement, pendant longtemps, au traitement prolongé.

M. H. Claude. — Toute la discussion de cette observation porte sur le caractère sensoriel de « cette phrase » ou sur le caractère obsessionnel.

M. Georges Dumas. — A-t-on bien épuisé toutes les recherches afin de savoir si c'était sensoriel ?

M. Heuyer. — Il semble qu'il s'agisse d'un cas d'hallucinose. Il est utile de voir évoluer ces malades qui se mettent peu à peu à interpréter. Ici on a l'impression d'assister à un type de « mentisme ».

Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie, par MM. Borel et Henri Ey.

(Service du Professeur Henri Claude).

Nous avons eu tout récemment l'occasion d'examiner et même de guérir une malade qui était venue à Paris consulter du fond de sa province. Son histoire nous paraît présenter un particulier intérêt pour l'étude des phénomènes hallucinatoires.

Mme Del. a 58 ans. On ne relève dans ses antécédents héréditaires rien de particulier. Elle-même n'a dans son passé aucun épisode important. Elle s'est mariée, n'a pas eu d'enfant (elle a fait une fausse couche de 4 mois). D'un caractère triste, mélancolique, elle a toujours été un peu hypocondriaque, s'observait beaucoup, se préoccupait beaucoup de sa santé. Elle avait des insomnies assez fréquemment. Ménopause sans incidents. Ajoutons qu'elle présente un certain degré de débilité (croyances naïves, instruction rudimentaire). Elle s'est retirée avec son mari dans l'Ardèche d'où elle est originaire. Elle était très contente de retrouver son pays natal. Pendant un an les choses allaient très bien, elle avait une existence assez paisible.

Il y a trois ans, pendant l'été, une véritable invasion de moustiques s'abattit dans la région. Elle fut très souvent piquée et dut s'organiser comme tout le monde pour se protéger contre ces insectes.

A l'automne, ils disparurent et tout rentra dans l'ordre.

L'été suivant, même fléau pendant la saison chaude.

Mais à l'automne, alors que pour tout le monde dans le pays les moustiques étaient partis avec l'été, notre malade continua à en être affligée. Seulement il ne s'agissait plus de moustiques : c'étaient des moucherons.

Voici comment elle nous décrit ses tourments qui ont duré jusqu'à ces dernières semaines sans interruption.

« Les moucherons ont succédé aux moustiques. On les voyait aux « croisées. Quand je secouais mes cheveux il en sortait des nuées. Si « je brossais mes habits, également. Ça a commencé par des rouges, « il y en avait des gros et des petits ; ensuite il y en avait des noirs. « Je me suis demandé d'où ils venaient, j'ai cru que c'était des « fleurs, je les ai arrachées pour avoir la paix. Ils entraient par la « fenêtre, même quand elle était fermée. On aurait dit qu'ils étaient « aux portes et qu'ils attendaient. Ça me démangeait affreusement. Il « me semblait que j'étais couverte de puces. Je distinguais sur la « peau ceux qui étaient gros et ceux qui étaient petits. Ils se tenaient « surtout dans la tête. Si je les délogeais de la tête, ils descendaient « sur la nuque. J'ai essayé des poudres contre les mouches. Je me « suis entouré le cou d'un collier de glu. Je n'ai jamais pu en attraper « aucun. J'ai fait un sirop épais, que je me suis appliqué sur le cou.

« J'ai essayé le camphre, le soufre, la térébenthine. Je m'ébouillan-
« tais les cheveux jusqu'à 30 fois par jour, certaines nuits je me
« levais pour m'ébouillanter... Je me suis fait couper les cheveux. Je
« ne puis pas vous dire tout ce que j'ai fait. C'était affreux. Ça a duré
« plus d'un an. Je n'en parlais à personne. Les moustiques, tout le
« monde les voyait, mais les moucherons, on me disait que « c'était
« dans le sang », mais moi j'étais bien sûre qu'ils existaient réelle-
« ment... »

Cette vie épouvantable a duré effectivement jusqu'à ce qu'elle se soit demandée si effectivement elle ne serait pas « malade ». Elle a eu l'idée alors de venir à Paris. Elle est partie seule, et il y a un mois environ elle est arrivée ici. Son premier soin a été de se rendre chez un pharmacien « pour lui demander un remède », elle a ainsi couru plusieurs pharmacies. D'ailleurs depuis son départ de son pays les démangeaisons se sont beaucoup atténuées. Elle changeait 7 ou 8 fois de chemise et désirait laisser tout son linge à Paris pour se débarrasser complètement de ses parasites.

Elle alla consulter à Saint-Louis, d'où immédiatement on l'envoya à la Clinique en consultation.

L'un de nous (Borel) eut alors l'idée de lui faire une injection intraveineuse de chlorure de calcium en l'avertissant qu'on allait « les brûler tous ». Effectivement l'injection attendue dans une grosse émotion déclencha des phénomènes émotifs considérables, et elle déclara que c'était fini. Elle revint à plusieurs reprises dans le service. Elle n'éprouvait plus de démangeaisons et était délivrée complètement du tourment qu'elle endurait depuis plus d'un an.

Seulement un jour elle se plaignit de céphalées et d'une constriction à la gorge qui céda également de suite à une nouvelle injection. Elle est restée quelques jours à Paris complètement guérie et est retournée chez elle. Nous n'avons pas encore reçu de nouvelles depuis son départ.

L'examen physique est entièrement négatif. La tension artérielle est de 15 × 7. Il n'y a aucun signe neurologique à signaler.

⁂

Ainsi notre malade a présenté un ensemble de troubles qui ont duré deux ans et qui ont cessé ces jours-ci, grâce à la thérapeutique mise en œuvre. Ces troubles sont *au point de vue séméiologique* caractérisés : 1° par *la croyance délirante* à la réalité de nuées de moucherons ; 2° par la fausse perception qu'elle avait de ces insectes, qu'elle sentait, qu'elle voyait, qu'elle était intimement persuadée de percevoir, c'est-à-dire à la réalité desquels elle croyait absolument (*hallucination vraie*) ; 3° par *la lutte* qu'elle a engagé contre eux, lutte de tous les instants qui a duré plus d'une année et dans laquelle elle a manifesté le comporte-

ment type de l'obsédé avec ses moyens de défense, ses stratagèmes, ses trucs, etc... ; 4° par l'anxiété considérable qu'elle éprouvait, la *terreur phobique* qui la dominait.

On a déjà publié des cas analogues. Rappelons l'observation bien connue de la malade de Wernicke qui avait la phobie des poux. Elle passait également ses journées à leur faire la chasse. Elle avait la sensation d'être couverte de poux, elle affirmait que pendant un certain temps elle les voyait et même les entendait grouiller. Pitres et Régis (1902, p. 56), citent également le cas d'une phobie de la gale avec démangeaisons atroces.

Nous pourrions d'un mot ouvrir (et fermer) la discussion de ce cas en disant qu'il s'agit chez cette femme de troubles cénesthésiques à caractère obsédant. Nous nous représenterons dès lors les symptômes disparus comme engendrés par des excitations anormales des voies de la sensibilité, qui provoquent d'abord l'hallucination et ensuite l'obsession.

C'est cet *ordre de phénomènes* qui vient le premier à l'esprit (« c'est dans le sang », lui disaient ses voisins), c'est lui qui représente la théorie le plus généralement admise en matière d'hallucination. Nous nous proposons, dans ce cas particulier, de montrer qu'il doit être renversé.

Notre malade terrorisée par les moucherons les sentait, les voyait. Elle éprouvait des sensations injustifiées, elle voyait, elle sentait des objets qui n'existaient pas et elle attribuait à ces phénomènes sensoriels une réalité objective totale. En un mot, elle était hallucinée. Pour nous conformer aux dénominations classiques qui distinguent les processus hallucinatoires selon les sens affectés, nous dirons qu'elle avait des hallucinations cénesthésiques et des hallucinations visuelles.

Deux explications s'offrent à nous quant à la genèse de cette croyance hallucinatoire. Ou bien nous admettrons qu'il y a à sa base *effectivement* des phénomènes d'automatisme sensoriel généralement appelés troubles cénesthésiques, qui nous rendent compte et de l'hallucination et de son mécanisme obsédant ; — ou bien nous admettrons que la terreur phobique est primitive et qu'elle est allée jusqu'à prendre dans la conscience de notre malade la valeur d'une perception redoutée et *imaginaire*.

S'il y avait *effectivement* prurit primitif, le phénomène ne serait hallucinatoire que de nom. Il y aurait attribution à faux d'un élément sensoriel réel à une cause imaginaire, interprétation délirante non point d'hallucination. Mais comment savoir si le prurit est effectif ?

Le problème des hallucinations se pose dans ces termes : Le

malade nous affirme qu'il éprouve, et de cela nous ne pouvons pas douter. Mais cela exclut-il l'hypothèse qu'il se trompe, qu'il se suggestionne, qu'il est *halluciné au maximum ?* Nous ne le pensons pas et nous en avons dans notre cas la preuve.

Ce qui manque en effet dans les cas semblables, c'est cette preuve (exigée pour qu'il y ait vraiment perception *sans objet*) que le phénomène est *imaginaire* et qu'il ne s'agit pas de paresthésies ou de prurit *réels*. Or dans l'observation que nous rapportons nous trouvons quant à nous des raisons nouvelles de défendre la deuxième des deux explications dont nous venons de parler. Ces raisons ce sont les conditions mêmes de la guérison de la malade. Le fait de quitter son pays l'avait déjà améliorée et le fait de lui faire une injection de Ca Cl^2 avec une certaine suggestion a suffi pour la débarasser immédiatement *de ses symptômes.*

Si on veut soutenir que l'obsession repose sur l'hallucination elle-même engendrée par le trouble cénesthésique, il faut croire que l'injection de Ca Cl^2 a agi purement physiologiquement (comme elle aurait agi à l'insu de la malade).

Si on croit au contraire qu'il y a eu dans ce cas *psychothérapie* par voie de conséquence, il faut admettre que ce qui déterminait l'hallucination c'était l'obsession, la croyance obsédante (dont d'ailleurs l'étiologie complexe doit probablement être recherchée dans des désordres organiques).

Pour nous entre l'explication mécanique et l'explication « affective » de cette obsession hallucinatoire nous choisissons la seconde car nous croyons avoir fait de la *psychothérapie.*

M. H. Claude. — J'ai publié, il y a vingt ans, un cas d'hallucinations cutanées identiques (sensation de parasites sur le corps).

Tous les moyens destinés à modifier la sensibilité ont été inopérants. Il semble que le processus obsessionnel était à l'origine de cette symptomatologie.

M. Rayneau. — J'ai eu l'occasion de traiter une malade qui était sujette à divers troubles de sensibilité et je lui disais parfois, pour lui expliquer le mécanisme de ces troubles, que, chez elle, l'idée créait la sensation. Elle protestait énergiquement contre cette explication lorsqu'un jour, elle vient se plaindre de se trouver depuis quelques jours plus énervée, à la suite d'une émotion. Elle travaillait près de l'angle d'une table lorsque, subitement, sa pelote de laine lui échappa ; elle se précipita pour la ramasser, mais en se relevant, elle s'aperçut que son œil avait frôlé l'angle de la table, à tel point que si elle avait dévié de quel-

ques millimètres, elle aurait pu se crever l'œil. L'émotion qu'elle éprouva fut si forte qu'elle ressentit immédiatement dans l'œil qui avait été exposé une douleur extrêmement violente qui dura environ deux heures et ne céda qu'à l'application de compresses chaudes. Je lui fis remarquer que cet incident venait confirmer ce que je lui avais dit à plusieurs reprises que l'idée pouvait créer la sensation.

M. Georges Dumas. — Quel est le caractère de cette obsession ? Est-ce une obsession qui s'impose une idée fixe, ou, au contraire, une obsession intermittente, avec retours ?

M. Henri Ey. — C'est plus une idée fixe, ou, plus exactement, une idée dominante.

M. Schiff. — Est-ce qu'il y a un élément cyclothymique chez ce malade ? Une injection de chlorure de calcium n'est pas indifférente. Il peut y avoir eu un renversement brusque de la formule affective.

Séquelles mentales de diphtérie avec complications nerveuses, par MM. E. Toulouse, A. Courtois et P. Sivadon.

A côté des maladies infectieuses touchant électivement le névraxe (chorée, poliomyélite, méningites diverses, à méningocoque ou post otitiques) qui peuvent laisser à leur suite des séquelles mentales où dominent les formes avec déficit intellectuel, il faut faire une place à la diphtérie qui pendant sa période aiguë atteint fréquemment le système nerveux provoquant soit des troubles confusionnels hallucinatoires, soit plus souvent des paralysies plus ou moins étendues.

Mais lorsque ces phénomènes aigus ont disparu, des troubles mentaux durables, de symptomatologie variant sans doute avec l'intensité de l'atteinte initiale et l'âge où le cerveau a été touché, peuvent encore apparaître. Ces faits doivent être connus car ils assombrissent grandement le pronostic d'avenir des sujets atteints de diphtérie avec localisation nerveuse et que l'on pouvait considérer comme définitivement guéris après quelques semaines.

Obs. 1. — L... Marcel, âgé de 28 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 29 juin 1932.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Deux frères, l'un est mort à la guerre, l'autre, ajusteur de précision, est en bonne santé.

Lui-même aurait présenté des convulsions dans la première année. Son enfance fut normale. Il passe avec succès le certificat d'études vers 12 ans, puis entre dans une école professionnelle où il reste 3 ans. A la sortie, il travaille dans diverses places, dont une où il reste trois ans et demi.

Au service militaire, il est réformé après un an pour adénites cervicales.

A 22 ans, il est soigné à l'Hôpital du Havre pour une diphtérie grave traitée, après un examen bactériologique, par 5 ou 6 injections de sérum.

Vers le 15e jour apparaît une paralysie faciale gauche complète qui s'améliore partiellement après traitement électrique prolongé.

A la suite de cette diphtérie, L. reprend son métier, mais il paraît modifié, instable, il change plusieurs fois de place sans motif important.

Deux ans après apparaissent des troubles plus graves. Ils se manifestent tout d'abord par de l'autisme accompagné de préoccupations philosophiques et sociales. Il étudie les principes de diverses sectes, devient végétarien et restreint son alimentation jusqu'à arriver à un degré marqué de déchéance physique. Il fait alors, à 25 ans, un accès de dépression avec idées actives de suicide. De son propre aveu, « il a totalement perdu la tête ». Internement pendant trois mois, à Maréville.

C'est à l'asile qu'il présente, semble-t-il, les premières hallucinations auditives. Il entend, surtout la nuit, une « grosse voix », qui lui donne des ordres auxquels il obéit, et de « petites voix » qui tout d'abord l'injurient, puis lui « racontent des histoires ».

Depuis sa sortie de l'asile, il n'a pu reprendre aucun travail suivi. L'ambiance lui paraît hostile, il a l'impression d'être surveillé, il craint d'être empoisonné.

Ses tendances auto-didactiques reprennent le dessus. Il lit des brochures, suit des conférences. Selon son expression, il « discute tout », devient successivement « réformiste », « individualiste », puis « anarchiste ».

Est interné de nouveau l'an dernier (mai 1931) avec le diagnostic de démence précoce (Dr Vurpas). Il vit depuis sa sortie des subsides de son frère. Mais, coléreux, impulsif et parfois violent, il s'est rendu indésirable et a été ramené à l'hôpital.

Il présente actuellement un syndrome d'affaiblissement intellectuel, type démence précoce.

Silencieux, quelque peu méfiant, il est inactif et semble indifférent à ce qui l'entoure. Il a présenté dans le service des réactions impulsives imprévisibles : coups à un infirmier, à des malades, réactions paraissant en rapport avec des phénomènes hallucinatoires. Il se croit sous la surveillance d'une vaste organisation formée par la police et les pompiers de Paris. Fausses reconnaissances, reconnaît dans les infirmiers des personnes qu'il a déjà rencontrées.

Il se sent parfois nettement influencé par la « transmission de pensée ». Entend toujours « ses petites voix » qui entretiennent les thèmes de persécution.

Il se construit une conception de l'univers qu'il expose en phrases filandreuses. « Il y a une corrélation entre les animaux et les plantes. » « L'essence du bois et celle du fer sont la même. Il y a en effet un mouvement qui est transmis par les ions et qui transforme la matière... »

L'examen psychologique révèle une bradypsychie marquée. L'âge mental est de près de 14 ans (Test Terman).

L'examen neurologique montre les reliquats de la paralysie faciale gauche, dont l'origine nucléaire est probable (Dr Tinel). Elle devient plus apparente dans les mouvements de siffler, de montrer les dents... Les réflexes tendineux sont très faibles et n'apparaissent que par la manœuvre de Jendrasik.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang négatifs. Deux examens du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués. Il est normal le 20 mai 1931. Albumine : 0,28 ; ni globulinose, ni leucocytose ; benjoin : 00000.00220.00000. Au second examen, hyperalbuminose : 0,50 ; globulines : 0 ; leuco. : 0,4. Benjoin : 00000.22211.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs (juin 1932).

Urines normales. Azotémie : 0,26. Tension artérielle : 12-7 (Pachon).

⁂

Nous n'insisterons pas sur le détail du syndrome actuel. Il s'agit d'un état chronique avec indifférence, inactivité, impulsions subites, troubles psycho-sensoriels, idées de persécution mal systématisées. Ces phénomènes sont apparus progressivement dès la convalescence d'une diphtérie avec atteinte nerveuse révélée par une paralysie faciale.

A signaler que le cerveau de ce malade avait été altéré déjà dans l'enfance puisqu'il avait présenté des convulsions.

Nous désirons rapprocher de cette observation, celles de cinq autres malades dont le cerveau fut touché aussi au cours d'une diphtérie. Ils présentèrent dans la suite des troubles mentaux qui paraissent devoir être rapportés à la complication cérébrale de cette infection.

Obs. II. — Mlle C. Antoinette, 32 ans, consulte à l'hôpital Henri-Rousselle, en avril 1931, pour un état phobique et obsessionnel.

Antécédents : les grands-parents maternels étaient bien portants. Pas de renseignements sur les grands-parents paternels. Père bizarre, original, mort d'hémorragie cérébrale. Mère bien portante, un frère bien portant, deux cousines paternelles internées.

Développement initial normal. Maladies infantiles sans gravité. Mais

à 6 ans diphtérie avec croup. Forme grave avec délire pendant quelques jours et troubles de la vue (paralysie de l'accommodation). La paralysie vélo-palatine n'est pas signalée. Il n'y eut pas d'atteinte appréciable des membres.

Dès la convalescence de la maladie sont apparus les troubles qui persistent encore maintenant.

Etat phobique, peur des épingles, des aiguilles, de la poussière, puis de tout ce qui est métallique. Dans la suite, le développement intellectuel put se poursuive, l'enfant obtint le certificat d'études et devint comptable. Mais les mêmes obsessions persistèrent, d'autres apparurent. Si la malade rencontre dans la rue ou trouve dans son entourage familial une personne porteuse d'un bouton à la figure, elle n'a de tranquillité qu'après s'être lavée et avoir désinfecté ses habits.

De même elle a peur de toutes les maladies. Entend-elle parler d'un malade, elle reconnaît sur elle les symptômes de l'affection. Pendant des jours entiers, elle n'a pas de tranquillité, croit avoir la méningite et se désespère. Elle ne pense qu'à cela ou à des chutes dans un trou, au cimetière.

L'attention sur le fonctionnement gastro-intestinal est continue, elle craint un ulcère d'estomac, n'ose plus manger pendant plusieurs jours, parle de se laisser mourir de faim et de soif. Elle a eu peur de manger du pain souillé et depuis des années n'a plus avalé un morceau de pain.

Peur d'avoir les mains sales, se les lave des heures entières. Périodes d'angoisse avec désespoir. Idées de suicide, sans tentative.

Quelques troubles du caractère. Tendance à l'analyse et à l'introspection. Ruminations pénibles. Quelques préoccupations sexuelles. Impossibilité temporaire à continuer son travail.

Réflexes tendineux conservés vifs. Tremblement digital.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang négatifs.

Obs. III. — Mme D. Jeanne, 50 ans, entrée le 20 mai 1931 à l'hôpital Henri-Rousselle.

Père sobre, mort d'un cancer. Mère morte à 76 ans. Une sœur morte jeune, on ne sait de quoi, quatre frères bien portants.

Elle-même est mariée. Règles irrégulières. Une fausse couche. Elle mena dans son ménage une vie normale jusqu'en 1915. A ce moment âgée de 35 ans, elle présente une diphtérie grave sans délire, mais avec paralysie du voile, de l'accommodation et une quadriplégie qui persista pendant plusieurs mois.

Depuis, elle reste constamment déprimée, supportant mal la fatigue physique et quelque peu irritable aux dires du mari.

C'est vers 49 ans que d'autres troubles apparaissent. La tristesse s'exagère, puis se manifestent des idées d'auto-accusation, elle est une mauvaise femme, a fait des misères à son mari. Elle a gâché leur situation, aurait pu obtenir une loge de concierge qu'elle n'a d'ailleurs jamais demandée. Anxiété. Craintes d'arrestation, ils sont traqués, on

écoute aux fenêtres et à la porte, on va enlever son mari et elle-même. Après quelques jours ces troubles s'apaisent. Mais il persiste depuis un état dépressif chronique avec idées de persécution. Inactivité progressive, absence d'initiative, désintérêt, idées passagères d'auto-accusation, craintes hypocondriaques. Incurie : ne peut plus tenir son ménage. Craintes de persécution. Hostilité à l'égard des voisins. Claustration, multiplication des clefs, des serrures de sûreté (vérification par une enquête du service social). Idées de suicide.

Dès son entrée dans le service, protestations, lamentations, refus de rester même une journée. Le mari s'oppose à l'internement et préfère reprendre sa femme chez lui.

Réflexes tendineux très exagérés ; myosis léger, réactions pupillaires normales.

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Azotémie : 0,38.

Obs. IV. — M. L. Jules, 49 ans, directeur de travaux, vient consulter le 4 mars 1932 pour un état dépressif chronique.

Père mort à 71 ans d'une pneumonie double.

Mère morte à 68 ans d'une « congestion ». Un frère interné et mort à Cadillac de paralysie générale (spécificité acquise), un fils né après la diphtérie, atteint de choroïdite maculaire.

A 35 ans, en 1918, pendant la guerre, il contracte au régiment une diphtérie grave traitée par le sérum (130 cc.). Malgré la sérothérapie, paralysie du voile du palais et de l'accommodation, paraplégie avec prédominance sur la jambe gauche. Plusieurs semaines d'hôpital. Convalescence traînante. Finit par être réformé pour « asthénie ».

Depuis ce moment, l'état ne cesse de s'aggraver. Alors qu'avant la maladie il avait travaillé depuis l'âge de 18 ans comme directeur de travaux et avait amassé une petite fortune ; après, tout effort lui coûte. Il ne peut plus travailler régulièrement. Est incapable de prendre une décision, n'ose plus entreprendre une affaire. Accepte-t-il celles qu'on lui offre, il commence, puis, alors que tout va bien, crainte obsédante de ne pouvoir pas mener à bien l'affaire et finit par abandonner l'entreprise. Depuis plus de deux ans, a dû quitter totalement son métier. Il ne pouvait plus travailler que quelques heures par jour, le matin. Encore commettait-il de nombreuses erreurs dues à une baisse de l'attention et de la mémoire. Oubliait les ordres, les commandes. Il lui est arrivé de se perdre dans des quartiers qu'il connaît. Somnolence, dit parfois s'endormir debout et même en marchant. Vertiges sans chute.

Indifférence affective, ne s'inquiète plus de sa femme, elle-même malade et traitée dans le service. Reste de même indifférent devant sa propre déchéance, raconte sa pénible histoire comme s'il s'agissait de celle d'un étranger. Est en effet tombé dans la misère. Doit de pouvoir vivre à la charité de quelque parent. A signaler que L. n'est nullement revendicant, et qu'en particulier il n'a jamais demandé de révision de sa pension militaire (10 0/0).

Il a manifesté des idées de suicide mais sans essai de réalisation.

Etat physique mauvais. Bronchites fréquentes depuis un séjour dans le Midi il y a un an.

Réflexes tendineux exagérés. Pas de signes oculaires. A refusé l'entrée dans le service proposée pour compléter les examens.

Obs. V. — Mlle Po. Françoise, 30 ans, entrée dans le service en 1926, traitée ensuite au Dispensaire, examinée par l'un de nous en juillet 1932.

Antécédents. — Père mort à 62 ans d'un adénosarcome de l'aine. Mère, 74 ans, bien portante, « nerveuse ». Deux frères morts petits (diarrhée infantile). Deux frères tués à la guerre. Deux frères et deux sœurs bien portants. Un frère déprimé, hypocondriaque, dont nous parlerons plus loin.

Elle-même fut normale dans son développement physique et intellectuel jusque vers 17 ans.

A ce moment, elle contracte de son frère soldat, revenu en permission, une diphtérie avec croup traitée par injection de sérum. Elle présente, au cours de cette infection, des phénomènes confusionnels et oniriques. Ne savait plus où elle était exactement, ne reconnaissait plus l'entourage, trouvait transformé le médecin habituel, avait peur de lui, croyait qu'il allait lui tirer un coup de revolver. Réclamait sa mère, présente près de son lit. Voyait des puces sauter sur ses draps et s'en défendait. Paraît ne pas avoir présenté de paralysies ni du voile, ni de l'accommodation, ni des membres. Convalescence rapide.

Dans la suite, n'est plus la même ; on la trouve irritable, incapable d'effort, avec des bizarreries. Elle s'enferme dans sa chambre, crie et se roule par terre. Très affectueuse antérieurement, ne l'est plus vis-à-vis de personne.

Cet état est cependant compatible avec la vie dans la famille.

Mais aggravation progressive qui aboutit vers 1926 aux réactions suivantes : désordre grave des actes ; scandale dans la rue, saisit le journal d'un voisin dans l'autobus et le jette par la fenêtre ; chante l' « Internationale », crie « à bas la guerre » et « vive la Samar ». Grossièretés. Violences impulsives. Il faut l'hospitaliser. On constate dès ce moment l'existence d'un délire paranoïde qui persiste sans modifications notables depuis.

Persécution dans la rue, dans la maison. On la regarde, on parle d'elle. Dans le tramway, on lui envoie des boules puantes. On agit sur elle, on la fait causer la nuit pour s'amuser, elle en est fatiguée. Sensations génitales ; frissons ; électricité. Interprétations multiples. Accuse des voisins, ne sait pourquoi on lui fait tout cela.

Activité spontanée nulle, aide un peu au ménage. Crises de colère, impulsions à crier, à frapper, « remue la vaisselle », ce qui la soulage.

Réflexes tendineux vifs. Pas de troubles oculaires. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Azotémie 0,36.

Obs. VI (d'après les renseignements d'une sœur aînée). — Il est intéressant de rapprocher l'observation de cette malade de celle de son frère. Vers 21 ans, pendant un séjour en permission, il fait une diphtérie et contamine sa jeune sœur. Lui aussi, normal jusque là, présente une forme grave avec paralysie durable des membres inférieurs et délire. Confusion avec agitation. Ne restait pas au lit, un jour s'est sauvé au grenier, se croyant poursuivi, et appelait au secours. Il fallait lutter pour le maintenir au lit. Onirisme ; il voyait des pièces d'or, des tas d'or, les ramassait par terre et sur son lit, appelait pour demander qu'on l'aide à tout recueillir. Convalescence longue. Faiblesse persistante des membres inférieurs. Reste déprimé. Depuis travaille irrégulièrement avec des interruptions dont la famille ne peut comprendre la cause. Tendances hypocondriaques, craintes de maladies multiples, consultations médicales et examens répétés par des spécialistes.

Des faits de ce genre ne sont sans doute pas très rares ; ils méritent d'être recherchés de façon systématique. Cependant nous n'en avons pas, dans la littérature française que nous avons pu consulter, trouvé signalé d'autre cas que celui de MM. Demay et Sizaret (1). Il s'agissait d'une femme qui avait présenté à 13 ans une diphtérie grave avec croup et paraplégie, et dans la suite, avec un arrêt du développement physique, des perversions, des troubles du caractère et du comportement ayant motivé l'internement.

⁂

Dans nos 6 observations, la diphtérie ne peut être mise en doute.

Le diagnostic clinique fut souvent confirmé par un examen bactériologique ; le traitement sérothérapique fut institué dans tous les cas.

Le croup fut diagnostiqué deux fois.

Enfin les complications paralytiques (voile du palais, paralysie de l'accommodation, paraplégie, quadriplégie, paralysie faciale) sont, les unes presque symptomatiques à elles seules de diphtérie, les autres, moins fréquentes, mais cependant classiques.

Dans trois cas un délire hallucinatoire est constaté, non accompagné de paralysies dans un seul cas (obs. V).

Il faut signaler en outre une certaine fragilité cérébrale indiquée dans l'observation I par une encéphalopathie convulsive de

(1) G. Demay et A. Sizaret. — Perversions consécutives à une diphtérie grave. *Ann. Méd. Psychol.*, 1930, p. 53.

l'enfance et dans l'observation II par des antécédents héréditaires chargés. Les autres malades ne paraissaient pas des « prédisposés ».

Quant au syndrome mental, nous n'y insisterons guère. Les troubles chroniques se sont installés soit dès la convalescence, soit après un certain intervalle libre où persistaient cependant d'habitude des modifications du caractère, des troubles de l'humeur, une fatigabilité anormale ; puis, progressivement, des troubles plus graves apparaissent.

Dans deux observations (I et V), c'est un syndrome de démence précoce à forme paranoïde réalisé vers 20 et 24 ans, 2 et 3 ans après la maladie. Dans le second cas, obsessions, phobie dès la convalescence de la diphtérie contractée à 6 ans, puis dépression chronique et inactivité progressive vers 32 ans.

Les observations III et IV concernent des malades atteints à 35 ans. Le syndrome mental est d'abord de type dépressif, avec obsessions, craintes multiples, idées de persécution dans un cas, puis inactivité et déchéance progressives.

Le dernier cas réalise dès la convalescence un syndrome dépressif qui s'accentue petit à petit pour devenir un état de dépression hypocondriaque avec incapacité grandissante à travailler.

On assiste donc, dans tous ces cas, à l'aggravation continue plus ou moins rapide de l'état mental, où des symptômes de déchéance, d'affaiblissement intellectuel, ne tardent pas, dans la plupart des cas, à apparaître.

L'hyperalbuminose rachidienne constatée dans l'observation I paraît indiquer que le processus inflammatoire persiste actif pendant plusieurs années.

L'interprétation de ces faits nous semble possible si l'on se reporte à ce que l'on sait de la diphtérie.

Divers auteurs ont signalé, surtout dans les formes graves, des troubles psychiques ; Trousseau avait noté le délire ; Maingault, Foville, Kühn, avaient vu survenir, au déclin de l'affection, des états mélancoliques ou d'excitation, d'ailleurs curables (1).

K. Melzer et J. Schapper (2) insistent, dans leur thèse, sur l'importance des troubles mentaux, surtout chez l'enfant, et sur leurs séquelles possibles.

(1) Aviragnet, Weill-Hallé et P.-L. Marie. — Nouveau Traité de Méd. Tome II. Voir aussi : Babonneix. — Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques, Thèse, Paris, 1903-04.

(2) *Thèses de Kiel*, 1914 et 1919.

A côté des paralysies tenues comme l'expression de l'imprégnation des centres nerveux par la toxine diphtérique, on décrit de véritables encéphalites diphtériques. Tout récemment, MM. J. Hutinel, J. Delcourt et Albeau-Fernet (1), rapportent un cas de syndrome cérébelleux survenu chez un adolescent, à la convalescence d'une diphtérie, et ils rappellent plusieurs cas analogues déjà publiés. Ils admettent qu'il s'agit là d'encéphalites diffuses, ayant frappé chez leur malade surtout le cervelet ou les voies cérébelleuses.

De plus, les lésions elles-mêmes du système nerveux ont été observées surtout au niveau de la moëlle (myélite aiguë), plus rarement au niveau du cerveau : suffusions sanguines, méningites exsudatives (Barth et Déjerine), mais les examens histologiques récents paraissent rares. Cependant Globus (2) cite un cas de chorée au cours d'une diphtérie où l'examen histologique révéla des lésions inflammatoires des corps striés, une infiltration leucocytaire de la pie-mère. On avait trouvé du bacille de Loeffler dans le liquide céphalo-rachidien.

A signaler encore, à ce propos, la fréquence des modifications du liquide céphalo-rachidien, variable d'intensité, dans les cas de paralysies diphtériques.

Mais à côté de la notion d'encéphalite inflammatoire, analogue aux encéphalites des autres maladies infectieuses, existe pour la diphtérie la conception de la fixation élective de la toxine du bacille de Loeffler sur certains groupes cellulaires du névraxe, qui expliquerait les paralysies et leur grande curabilité. Les travaux expérimentaux de MM. G. Guillain et Guy Laroche (3) ont précisé cette notion de l'imprégnation physico-chimique élective de certains centres (noyaux du X dans deux cas de paralysie bulbaire) par la toxine diphtérique.

Sans doute connaît-on encore fort mal les processus intimes de l'altération initiale de la cellule nerveuse, ses possibilités, ses modes de réparation, les suppléances possibles.

Mais tout cela est du domaine de l'histopathologie expérimentale, et, pour le moment, le clinicien ne peut qu'assembler des

(1) Soc. Méd. des Hôpitaux, 1er juillet 1932. *Bull.*, p. 1154.

(2) Globus. — Chorée symptomatique accompagnant la diphtérie. *Transact. of Amer. neurol. assoc.*, 1923, p. 332-334, et *Zeitschrift f. d. ges. neurol. u. psychiatr.*, 1923, p. 414-423.

(3) Guillain et Laroche. — Physiologie pathologique des paralysies diphtériques (*Soc. Méd. des Hôp.*, 15 oct. 1909).

G. Laroche. — Fixation des poisons sur le système nerveux (*Thèse Paris*, 1911).

faits. Les observations que nous rapportons aujourd'hui de séquelles mentales de diphtérie avec atteinte nerveuse, vont s'ajouter à celles précédemment publiées de syndromes mentaux chroniques, dans des cas où le névraxe a subi auparavant une atteinte inflammatoire soit primitive, soit secondaire à une infection plus générale.

M. HEUYER. — Mme Molinesco, mon interne, fait sa thèse sur l'encéphalite diphtérique chez l'enfant. Les nombreuses observations qu'elle a recueillies montrent qu'il faut être prudent dans les conclusions.

M. MARCHAND. — J'ai actuellement dans mon service un sujet qui, à la suite d'une diphtérie contractée vers l'âge de 8 ans, a présenté un tremblement généralisé ; quelques années plus tard, à la suite d'une affection considérée comme une grippe, il présenta des troubles mentaux et le tremblement augmenta. Ce sujet, âgé maintenant de 32 ans, présente un syndrome parkinsonnien. Il semble bien que, dans ce cas, la diphtérie ait été la première maladie infectieuse qui ait adultéré le système nerveux.

Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère, par MM. HEUYER et BAILLE.

Résumé. — Qu'il s'agisse d'enfants normaux qui doivent être changés de milieu, ou de débiles intellectuels, ou de déséquilibrés du caractère, quand ils ont passé l'âge des acquisitions scolaires, il est nécessaire de prendre une décision pratique pour l'orientation professionnelle et sociale des enfants adressés au Service de neuropsychiatrie infantile. La première question qui se pose est de connaître l'adresse manuelle du sujet et son aptitude motrice à un métier. Pour étudier l'habileté manuelle, les auteurs ont employé une série de petits tests qui n'ont pas la prétention d'être des tests originaux, mais qui sont précis et pratiques. Grâce à l'étalonnage établi par le Dr Braille, il a été possible d'établir la représentation graphique des résultats, qui constitue en quelque sorte le « profil moteur » du sujet.

Ces tests sont les suivants : 1° vissage d'écrous ; 2° enfilage d'aiguilles ; 3° placement de petites tiges métalliques par paquets de 4 ; 4° placement de chevilles de bois de diverses couleurs ; 5° enfilage de perles ; 6° triage de perles ; 7° placement de dés et chevilles.

Dans la pratique, étant donné les sujets auxquels ils s'adressent, les auteurs se sont écartés des conditions strictement mathématiques et scientifiques, en employant une méthode un peu empirique mais nécessaire pour faciliter aux enfants la compréhension de ce qui leur est demandé. L'étalonnage a permis de classer les résultats en quatre

quartiles et d'établir des graphiques qui représentent le profil moteur du sujet, dont la lecture est rapide et facile. Ces graphiques ont besoin d'être interprétés ; mais l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère est faite par le médecin, qui a en mains tous les renseignements qui portent sur l'état physique, sur les troubles neurologiques, sur la valeur du niveau mental et sur la forme des troubles du caractère. Les auteurs rapportent quelques types de ces profils moteurs.

Ces tests moteurs ne résolvent qu'une partie de l'orientation professionnelle des débiles et des déséquilibrés du caractère. Pour ces enfants, en effet, le problème déborde l'orientation professionnelle proprement dite ; il devient un problème d'orientation psychologique, d'assistance sociale ou de surveillance disciplinaire.

Cette communication paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

M. Georges Dumas. — Est-ce qu'il y a correspondance entre les résultats obtenus par vos textes et ceux contrôlés par la pratique ? N'avez-vous pas quelques surprises quand il s'agit de la complexité de la vie, cela dans tous les sens (insuccès des aptes, succès des inaptes).

M. Heuyer. — Pour les débiles, il y a concordance. Ils se montrent toujours inaptes à tout travail spécialisé. Au point de vue social, les tests des 4es quartiles nous ont toujours donné satisfaction. Dans les autres quartiles les résultats sont différents. Les enfants gardent évidemment les troubles de leur caractère, lesquels modifient le succès pratique.

A propos de l'anatomie pathologique de la démence précoce, par M. Henri Claude.

Le syndrome de Démence Précoce est encore entouré d'obscurité aussi bien du point de vue de la classification nosologique des divers cas qu'au point de vue anatomo-pathologique. Les recherches biologiques faites pour arriver à déterminer des types nettement différenciés sont encore pleines d'incertitude. On peut dire que cette épithète, extrêmement répandue, puisque cinquante pour cent des affections dont sont atteints les malades de nos asiles pourraient être classées sous cette dénomination, constitue un véritable *caput mortuum*, ce qui simplifie la besogne dans les classifications mais ne laisse pas que de déconcerter singulièrement l'esprit de ceux qui cherchent à voir les choses d'une façon positive.

Pour ma part, je crois que nous classons sous le terme de démence précoce ou de schizophrénie des états fort différents aussi bien au point de vue de la symptomatologie que de l'évolution, et encore plus au point de vue de la pathogénie et de l'anatomie pathologique. Il conviendrait donc de s'efforcer de procéder à une révision s'appuyant sur une base réellement scientifique. Des recherches biologiques ne peuvent donner pour le moment que des résultats incertains, il faut tenter de nous appuyer sur l'anatomie pathologique ; or, celle-ci est encore pleine d'obscurité. On ne peut arriver à essayer d'obtenir des résultats précis que si l'on réunit des observations cliniques réellement bien prises, avec des autopsies permettant une étude histologique dans des conditions véritablement soigneuses, et à l'aide des techniques les plus modernes. Malheureusement, le matériel d'observation manque à la plupart des chercheurs qui sont en état de poursuivre ces études histologiques. Il faudrait donc qu'une entente commune réunisse les psychiatres, afin de faire tendre leurs efforts à réunir ce matériel clinique et anatomique dans les meilleures conditions. Pour cela, nous demandons que les collègues qui disposent d'un nombre considérable de malades et qui ont l'occasion d'avoir des autopsies s'efforcent de réunir sur chacun de ces cas des notes cliniques suffisamment détaillées, et qu'en cas de décès ils veuillent bien se mettre en communication avec les personnes qu'ils croiront le plus qualifiées pour poursuivre, dans une collaboration étroite avec eux, les études histologiques qui nous permettront d'arriver à avoir des notions sur le genre de lésions qui corrrespondent aux diverses formes cliniques de la démence précoce.

Je pense que beaucoup d'anatomo-pathologistes seraient très décidés à faire au besoin eux-mêmes les autopsies pour recueillir des cerveaux dans de bonnes conditions et poursuivre des études qui, pour certains, ont un caractère passionnant.

Je crois être l'interprète de quelques-uns de nos collègues, comme MM. Marchand, Guiraud, Lhermitte, qui seraient heureux de recueillir, comme moi-même, des pièces anatomiques de cet ordre, afin que nous puissions avoir des éléments de discussion à caractère vraiment scientifique sur les formes cliniques et les états anatomiques correspondants de ces psychoses primaires de l'adolescence ou de l'âge moyen de la vie, sur lesquelles les divergences d'opinions sont tellement nombreuses que l'on ne sait véritablement plus comment caractériser cliniquement et anatomiquement ces maladies mentales.

Délire aigu d'origine alcoolique,

par MM. E. Joaki et J. Rondepierre.

Observation anatomo-clinique

Nous avons pensé qu'en raison de l'examen microscopique du cerveau, très obligeamment pratiqué par M. le Dr Marchand, l'observation suivante d'un cas de délire aigu alcoolique valait la peine d'être rapportée.

Mme P..., employée de bureau, 33 ans.

A noter dans les antécédents : croup à 2 ans 1/2.

La malade est éthylique depuis 8 ans d'après sa famille. Elle a fait deux fausses couches.

Certificat d'entrée (Dr Léchelle) (11 juin 1931) :

« Agitation avec troubles hallucinatoires visuels et auditifs. Onirisme. Réactions anxieuses. Tremblement. Personnages imaginaires tenant des propos menaçants : on l'a condamnée à mort. Ethylique certaine. Température normale. Pouls 60. Réflexe oculo-cardiaque normal. »

Certificat immédiat (Dr Simon) :

« Atteinte d'alcoolisme avec accidents subaigus : hallucinations pénibles, frayeurs, insomnie, gros tremblement. Laparatomie pour hématocèle en 1929. » (On a constaté à l'autopsie l'ablation de l'ovaire gauche.)

Elle entre dans le service de notre maître, le Dr Capgras, le 16 juin avec 38° de fièvre, température qui se maintient ainsi pendant 4 jours. La malade est orientée sur sa personne, mal orientée dans le temps et l'espace. Raconte d'une manière confuse les circonstances de son internement. Amnésie lacunaire de toute cette dernière période. Ne sait depuis combien de temps elle a laissé son travail. Divorcée, vit actuellement seule (en réalité elle est remariée). Agitation verbale avec pleurs. Se défend contre tout excès de boisson. Mâchonnement. Onirisme. Elle voyait des « choses ennuyeuses, gluantes ». Frayeurs. « J'étais peut-être nerveuse ? » Hallucinations pénibles confuses.

Gros tremblement des doigts. Masses musculaires douloureuses à la pression. Rien au poumon ni au cœur. Petites plaies du pied en voie de cicatrisation. Longue cicatrice abdominale médiane. Maigreur extrême.

18 juin. Subitement, deux jours plus tard, état général très grave, température 40°4. Yeux excavés. Tremblement menu généralisé, même aux muscles de la face. Météorisme abdominal. Ventre contracturé par instants, mais complètement souple à d'autres. Pas de vomissements. Langue fraîche. Nuque un peu raide. Pas de Kernig. Pas de constipation (gâtisme). Les pupilles sont irrégulières et rigides à la lumière. Strabisme passager. Réflexes rotuliens très vifs. Pas

de signes pulmonaires nets. Pouls incomptable. Mutisme. Apparition des règles qui persisteront quatre jours.

Ponction lombaire. Cytologie : 12 éléments par mm³ (lymphocytes uniquement). Albumine : 0,40. Pandy négatif. Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs. (Examen du Dr Cuel. Laboratoire de la Clinique).

La malade n'est pas violente, mais elle doit être maintenue pour ne pas choir de son lit.

Le lendemain de la ponction lombaire, amélioration très nette de l'état général et mental, la température retombe à 38°. Cette amélioration persiste 3 jours, la malade reconnaît les différents membres de sa famille, les nomme exactement et leur dit quelques mots à peu près adaptés, mais le 22 juin l'état général s'altère à nouveau, la température qui était tombée à 37° remonte de nouveau et progressivement. Le 22 et le 23 on injecte 20 cm³ chaque fois d'électrargol intraveineux. Le 24, on n'injecte pas d'électrargol, la température qui était à 38°7 remonte le soir à 40°, on pratique ce matin là une ponction lombaire qui montre une diminution de la lymphocytose : 5,6 éléments par mm³, présence de globules rouges. Albumine 0,30 ; autres réactions comme précédemment. Le 25 juin, la malade est dans un état d'adynamie extrême. Elle présente un début d'escarre sacrée. La langue est rôtie. On constate des myoclonies généralisées et de plus en plus intenses, prédominant à la face. Les pupilles, qui étaient égales la veille, présentent une inégalité considérable : mydriase à gauche, presque myosis à droite. La pupille gauche est la plus irrégulière. Une heure plus tard, les deux pupilles sont redevenues sensiblement égales. (Ce symptôme est signalé par Régis dans les psychoses post-grippales à forme de pseudo-paralysie générale et dans le délire aigu par Dide et Guiraud). Bien que faible à gauche (au moment de la mydriase de cet œil), le réflexe photomoteur existe cependant des deux côtés. On constate une raideur généralisée (on a beaucoup de difficulté à étendre l'avant-bras sur le bras pour pratiquer une injection intraveineuse). Le mutisme habituel est presque complet, on obtient quelques mots à peu près adaptés en répétant plusieurs fois les questions. « Oui, je vous ai déjà vu, mais je ne vous reconnais pas... » Quelques cris par intervalles.

Le 26 juin, avant-veille du décès, on constate à nouveau une amélioration assez sensible bien que moins notable que la première fois, amélioration à la fois physique et mentale (les injections intraveineuses de 20 cm³ d'électrargol sont continuées régulièrement chaque jour). La température s'abaisse à 38°. La malade s'excuse de ne pouvoir nous parler car elle a, dit-elle, très mal à la tête. Elle est toujours anxieuse, très craintive et paraît très nettement hallucinée. Elle pleure par instants. Son tremblement est toujours aussi considérable, son intensité est telle, à la langue, que celle-ci ne peut être sortie malgré les efforts de la malade et sa bonne volonté évidente, et c'est à peine si l'on arrive à en voir la face dorsale, tant la pointe est per-

pétuellement agitée avec vigueur dans tous les sens. La bouche est continuellement entr'ouverte.

Le 27 juin, la malade est toujours très confuse, mais son état général semble bien meilleur, la langue est fraîche et rose. Le lait est facilement accepté. Mais l'escarre qui s'étend et devient noirâtre fait porter un mauvais pronostic. Mort le lendemain 28 avec température à 41°2.

Jusqu'à la fin le tremblement a persisté intense et généralisé. Le dosage de l'urée sanguine indiquait la veille de la mort 0 gr. 55.

Autopsie

A l'autopsie, macroscopiquement, on n'a rien constaté de pathologique pouvant expliquer la mort. Un peu de congestion pulmonaire. Mais le cerveau, le foie, les reins et la rate paraissaient indemnes de toute lésion appréciable à l'œil nu.

On ne trouve qu'un ovaire situé du côté droit.

A noter toutefois l'épaississement des méninges. Le locus niger est très pâle.

Examen microscopique (pratiqué par M. le Dr Marchand)

Système nerveux

Méninges. — Epaississement chronique de la pie-mère. Légère infiltration par des cellules embryonnaires, principalement au fond des sillons de la région motrice.

Cortex. — Les cellules pyramidales sont très altérées. Leur corps prend une couleur pâle uniforme par la méthode de Nissl. Dans certaines cellules, les noyaux se détachent en foncé sur le corps cellulaire. Ils sont situés excentriquement et leur nucléole est lui-même déplacé sur le bord du noyau. Dans d'autres cellules, noyau et cytoplasma se confondent sans limites visibles. Satellitose des cellules des couches profondes au niveau des lobes frontaux.

Dans la couche moléculaire, prolifération des cellules névrogliques.

Pas de modification de la microglie qui est représentée par des cellules à rameaux fins, délicats, peu pourvues de varicosités.

Dans la substance blanche sous-corticale, légères réactions vasculaires autour des capillaires, au niveau des circonvolutions frontales. Dans la substance blanche sous-corticale de la pariétale ascendante : nodules formés par l'agglomération de cellules névrogliques avec corps protoplasmiques épais.

Noyaux gris centraux. — Lésions cellulaires aiguës. Légère infiltration vasculaire.

Couches optiques. — Les cellules sont toujours fortement pigmentées. Pas de lésions vasculaires. Agglomération sous-épendymaire de corpuscules amylacés. Pas de lésions de l'épithélium ventriculaire.

Cervelet. — Pas de lésions méningées, lésions légères des cellules de Purkinje.

Pédoncule. — Pas de lésions vasculaires. Lésions des cellules du locus niger ; de nombreuses cellules ont perdu leur pigment. Coloration floue de leur protoplasma.

Bulbe. — Légère infiltration de la pie-mère péribulbaire par des cellules embryonnaires. Toutes les cellules des noyaux des nerfs craniens sont altérées ; disparition des granulations chromophiles, aspect laqué du corps cellulaire, noyaux excentriques. Pas de lésions de l'épithélium ventriculaire.

Moelle. — Pas de lésions des cordons, ni des racines. Quelques cellules des cornes antérieures au niveau de la moelle lombaire sont atteintes de dégénérescence graisseuse.

Organes

Foie. — Légère sclérose dissociant les travées cellulaires. Pas de lésions notables des cellules hépatiques.

Reins. — Sclérose diffuse. Pas de lésions des glomérules. Dégénérescence des cellules des tubes urinifères.

Rate. — Pas de lésions.

Ovaire droit. — Nombreux follicules. Aspect normal.

En résumé : méningite chronique, avec légère infiltration pie-mérienne ; lésions dégénératives aiguës et généralisées des cellules nerveuses ; réaction vasculaire très peu accusée.

Commentaires

1° La malade était sevrée d'alcool depuis assez longtemps lorsque apparurent les premiers troubles mentaux ; c'est là un fait curieux, mais bien connu.

2° Ces troubles mentaux furent nettement antérieurs à la fièvre, ainsi qu'il est d'observation courante dans le délire aigu. On saisit là l'importance du terrain, notée fréquemment par divers auteurs. Il s'agit le plus souvent de systèmes nerveux hypersensibles aux toxi-infections, comme le prouve, dans de nombreux cas, l'existence de troubles mentaux antérieurs.

On sait aussi que certains auteurs, comme M. le Dr Trénel, doutant de l'existence d'une infection cause du délire aigu, voient dans l'hyperthermie l'expression d'une lésion des ganglions de la base. De fait, les cellules infundibulo-tubériennes sont indiscutablement altérées ; or, c'est à leur niveau que l'expérimentation semble situer l'un des plus importants des centres thermiques.

3° Le chiffre de l'urée sanguine est resté presque normal : 0 gr. 55. Il est fréquemment beaucoup plus élevé chez les éthyli-

ques aigus, ainsi qu'il ressort des recherches de MM. Toulouse et Courtois et de Mlle Russell (1).

Nous sommes loin des chiffres énormes de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Il y a là, évidemment, un élément important pour le diagnostic. Quant au pronostic, si l'hyperazotémie accompagnant les délires aigüs symptomatiques d'encéphalite psychosique aiguë fait prévoir une évolution le plus souvent mortelle, un chiffre normal d'urée sanguine peut s'observer dans les délires aigus d'origine purement toxique et n'a aucune signification au point de vue pronostic.

4° Nous avons constaté l'apparition des règles au cours de ce délire aigu. Il y a là plus qu'une coïncidence, croyons-nous, et l'hémorragie utérine, par sa quasi-constance, pourrait être considérée comme l'un des signes du délire aigu chez les femmes. Dans son intéressante communication de juin 1931 (*Ann. Médic.-Psych.*, n° 1), M. Pouffary insistait, à juste titre, sur cette fréquence. Rappelons que le délire aigu est noté, par les auteurs classiques, dans les formes cliniques des psychoses dites menstruelles. On peut se demander — et cette hypothèse a été soulevée par M. le Dr Trénel — si, étant donné la rareté du délire aigu chez les hommes (formes terminales du *délirium tremens* mises à part), des perturbations fonctionnelles des ovaires ne doivent pas être incriminées. On sait, comme l'a montré Charrin, que la toxicité du sérum sanguin est accrue dans la période prémenstruelle. Il est curieux de constater combien rares sont les cas de délire aigu après la ménopause. M. Trénel en a rapporté un où apparurent, quelques jours avant la mort, une métrorrhagie abondante et une hémorragie intestinale. M. Pouffary a noté du melœna, au cours d'un délire aigu, chez une femme de 47 ans, non réglée depuis trois mois. Il est donc vraisemblable que les hémorragies utérines du délire aigu sont de simples phénomènes congestifs. Il serait intéressant chez ces malades de pouvoir faire préciser la date habituelle des règles, mais c'est un renseignement qui manque souvent.

L'examen histologique du seul ovaire trouvé à l'autopsie n'a pas montré ces « hémorragies récentes tantôt enkystées, tantôt diffuses, réalisant dans ce dernier cas une véritable apoplexie ovarienne » (Trénel), et le fait est important à relever. Il ne semble pas que l'on puisse incriminer un rôle ovarien dans notre observation.

5° La symptômatologie de ce cas ne diffère en rien de celle de

(1) *Société Médico-psychologique*, 11 février 1931.

l'encéphalite psychosique aiguë, décrite par MM. Toulouse, Marchand et Courtois (1), qui en schématisent l'évolution en quatre périodes :

A. Début par confusion mentale avec dépression mélancolique et atteinte organique déjà décelable.

B. Période d'état : aggravation et modification des troubles mentaux : tableau typique du délire aigu. Durée 5 à 8 jours.

C. Accalmie trompeuse : Baisse de la température. Amélioration passagère de l'état général. Durée 3 à 4 jours.

D. Nouvelle aggravation : Mort en 2 à 3 jours.

Comparons ce tableau à notre observation :

Nous y voyons : *a*) les mêmes symptômes : Au point de vue *psychique :* confusion mentale avec hallucinations surtout visuelles terrifiantes. Symptômes de la série mélancolique. Anxiété. Au point de vue *physique :* Céphalée. Anorexie. Amaigrissement. Pouls rapide. Réflexes tendineux très vifs. Sueurs. Langue rôtie. Yeux excavés. Teint terreux. Incessante carphologie. Les soubresauts musculo-tendineux persistant jusqu'à la dernière minute réalisaient la variété choréiforme.

b) La même évolution.

6° En l'absence de la notion d'éthylisme certain, fournie par la famille (éthylisme patent, intense, remontant à 8 ans), aurait-on pu porter, à la période d'état, un autre diagnostic que celui d'encéphalite psychosique ?

Depuis longtemps, de nombreux auteurs ont montré que le délire aigu peut être l'expression symptômatique de différentes maladies cérébrales (2). Dans le cas présent, l'anamnèse permettait le diagnostic. Il n'y avait cependant, en faveur de l'alcoolisme, que des signes d'imprégnation assez discrets ; les tremblements de faible amplitude ne rappelaient que de loin celui du *delirium tremens*. On sait, d'autre part, la rareté de celui-ci chez les femmes et, par contre, l'énorme prédominance de l'encéphalite psychosique dans le sexe féminin.

7° L'examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Dr Marchand a montré : des lésions cellulaires aiguës dégénératives, de la méningite chronique, l'absence à peu près complète de lésions vasculaires. Ces deux dernières constatations permettent le diagnostic avec l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, dans

(1) *Presse médicale,* 12 avril 1930 et 1er avril 1931.

(2) Marchand et Vurpas. — Que doit-on entendre par délire aigu ? (*Revue de Psychiatrie,* 1901, p. 129).

laquelle on constate des lésions réactionnelles vasculaires et souvent même des nodules infectieux.

8° Le traitement, outre l'alimentation forcée, les stimulants, les toni-cardiaques, etc..., a comporté l'injection quotidienne intra-veineuse de collargol à haute dose et les ponctions lombaires. Dans plusieurs autres cas de délire aigu, traités dès le début dans le service, cette thérapeutique semblait agir favorablement, elle s'est montrée impuissante ici, soit qu'elle ait été instituée un peu tard, soit que l'alcoolisme chronique de notre malade ait annihilé l'action de ses organes de défense (foie sclérosé et néphrite chronique). A noter cependant la réascension de la température un jour où l'on n'avait pas fait l'injection intra-veineuse de collargol. A noter aussi l'influence nettement favorable de la rachicenthèse et la diminution de la légère lymphocytose d'une ponction lombaire à l'autre.

Conclusion

L'histoire anatomo-clinique de ce cas nous montre des lésions différentes de celles de l'encéphalite psychosique aiguë, donnant lieu pourtant à la même symptomatologie mentale : le délire aigu. Seule l'anamnèse permettait le diagnostic de délire aigu d'origine alcoolique. De tels faits montrent la difficulté des problèmes étiologiques en psychiatrie.

M. Courtois. — L'absence d'azotémie dans ces cas de délire aigu fait penser à l'origine alcoolique. Car souvent le tableau clinique est identique à celui de l'encéphalite aiguë psychosique azotémique, surtout chez la femme, où le *delirium tremens* est différent de celui de l'homme.

M. Marchand. — Je recherche systématiquement l'urée chez les alcooliques, jamais le taux n'est aussi élevé que dans le cas d'encéphalite psychosique.

La séance est levée à midi 15.

Le Secrétaire des séances,
Paul Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 7 Juillet 1932

Présidence : M. LEVY-VALENSI, Président

Syringomyélie à évolution rapide. Discussion du traitement,

par MM. A. Thomas, H. Schaeffer et Folly.

Une jeune fille de 19 ans voit s'installer en 3 ans un syndrome constitué par des douleurs dans la nuque, s'irradiant dans les épaules et les bras, une paraplégie spasmodique, une amyotrophie des membres supérieurs à type ectromélique prédominant à gauche, des troubles dissociés de la sensibilité intéressant les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs, des troubles vaso-moteurs et sudoraux, une scoliose, du nystagmus.

Les auteurs insistent sur : 1° l'existence d'un blocage des espaces sous-arachnoïdiens que montrent la dissociation albumino-cytologique, la positivité du signe de Stookey, l'égrénage du lipiodol ; 2° l'évolution rapide des accidents ; 3° l'échec du traitement radiothérapique qui leur fait discuter l'opportunité d'une laminectomie et d'un drainage des cavités médullaires dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Discussion

M. Lhermitte pense qu'il s'agit d'un gliome plein et non d'une cavité syringomyélique, car : 1° la malade a un cou figé, sans amyotrophie cervicale ; 2° la dissociation albumino-cytologique n'existe pas dans la syringomyélie ; 3° la radiothérapie a échoué.

M. Cl. Vincent insiste sur la nécessité d'intervenir, car les risques sont minimes et les bénéfices pourraient être considérables.

Etude anatomo-clinique d'une forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive, par MM. Ludo Van Bogaert et Ivan Bertrand.

La malade qui fait l'objet de cette étude a évolué dans une première période de treize années, comme une atrophie cérébelleuse tardive de Thomas. Au bout de ce temps, la démarche devient spasmodique, et, en sept ans, se développe une paraplégie hypertonique et plastique. La maladie évolue en 20 ans. L'étude anatomique montre : 1° une atrophie lamellaire extrême portant sur la face supérieure surtout, s'atténuant vers les lobules digastriques, respectant le vermis, sauf le déclive, les amygdales et les floculus ; 2° une dégénérescence pseudo-hypertrophique des olives, prédominant sur les lames dorsales ; 3° une dégénérescence du noyau dentelé. Ces deux dernières lésions sont esquissées dans certains cas de Marie, Foix et Alajouanine. Les auteurs rapportent à l'étendue et à la gravité de l'atrophie lamellaire, la participation de l'appareil dento-olivaire, et se demandent si ce n'est pas cette répercussion exceptionnellement grave qui introduit dans le tableau classique la nuance hyper-spasmodique.

Discussion

M. A. Thomas demande si cette hyperspasmodicité s'accompagnait de l'extension de l'orteil.

M. Van Bogaert répond qu'il existait un signe de Babinski double, sans atteinte du faisceau pyramidal.

Etude anatomique d'une méningo-encéphalite diffuse subaiguë non démyélinisante, par MM. Ludo Van Bogaert et Ivan Bertrand.

Une jeune fille de 17 ans, appartenant à une famille névropathique, développe, douze jours après une angine rouge, un syndrome de méningo-encéphalite aiguë avec diplopie et choréo-athétose. En quatre jours, s'installe un syndrome cérébello-spasmodique avec participation de plusieurs nerfs craniens et hyperalbuminose légère du liquide céphalo-rachidien. Quelques troubles psychiques (non spécifiés). Elle meurt au bout de sept semaines avec des phénomènes bulbaires. L'examen anatomique montre une hypertrophie considérable du système ganglionnaire de la rate et du foie, une méningite suppurée de la convexité cérébro-cérébelleuse à infiltration périvasculaire et nodules gliaux, prédominant sur les noyaux gris centraux, le pont, le bulbe et la moelle. Les nerfs périphériques montrent une infiltration légère. L'image est celle d'une septicémie directement neurotrophe, mais les recherches bactériologiques n'ont pas pu montrer le germe et l'autopsie n'a pu en déterminer la source.

Caractéristiques des troubles nerveux dans la thrombo-phlébite cérébrale, par MM. Barré et Greiner (de Strasbourg).

Les auteurs insistent sur les particularités cliniques qu'ils ont observées dans un cas de thrombophlébite cérébrale partielle d'origine puerpérale et apportent des précisions au tableau neurologique mal connu encore de cette affection. Ils soulignent spécialement l'évolution progressive des troubles paralytiques, puis leur régression complète, suivie de reprise, entrecoupée elle-même d'alternatives d'aggravation et d'atténuation. Ils mettent en relief la somnolence qui peut disparaître ou s'accentuer brusquement jus-

qu'au coma. Ils montrent que les signes objectifs de la paralysie se transforment presque immédiatement suivant l'état de somnolence, de veille ou de torpeur, et aussi suivant le décubitus (dorsal ou latéral). Ils insistent sur les diagnostics différentiels, et croient possible de reconnaître le « complexe étiologico-clinique » qu'ils cherchent à isoler.

Syndrome strié aigu d'agitation choréique du membre supérieur gauche avec fracture spontanée de la clavicule. Origine syphilitique probable, par MM. TINEL et ECK.

Une malade de 46 ans présente, depuis trois mois, une agitation choréïque désordonnée du membre supérieur gauche, accompagnée de douleurs violentes de l'épaule. Quelques semaines après le début de l'affection, se produisit une fracture spontanée de la clavicule suivie d'une recrudescence de l'agitation et des douleurs. L'aspect et l'évolution de ce cas rappellent tout à fait les syndromes striés que réalise parfois l'encéphalite épidémique. Mais la fracture spontanée, la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, la lymphocytose rachidienne et le benjoin positif, soulèvent le problème d'une origine syphilitique possible.

Contribution à l'étude clinique et étiologique de l'hémiatrophie faciale progressive, par M. MOLLARET.

Présentation d'une malade chez laquelle a débuté, à l'âge de 22 ans, une forme typique de maladie de Romberg, accompagnée d'un syndrome de Claude Bernard-Horner et d'un œdème papillaire homolatéraux. Aucune étiologie n'avait pu être mise en évidence et, pendant trois ans, le processus atrophique a régulièrement progressé malgré les traitements symptomatiques. En juillet 1930, un abcès dentaire révéla l'oubli d'une racine lors de la pose d'un bridge quelques mois avant le début de l'affection. L'ablation de cette racine et la guérison rapide de ce foyer d'infection ont paru entraîner l'arrêt du processus atrophique. Depuis deux ans, une régression incontestable de l'hémiatrophie peut même être affirmée. Une étude d'ensemble de cette affection est présentée à l'occasion de ce cas qui apporte, au point de vue étiologique, une intéressante contribution.

Aphasie de Wernicke avec automatisme verbal, par M. O. CROUZON.

Présentation d'une malade atteinte d'aphasie de Wernicke et chez laquelle on déclanche par l'interrogatoire un flot interminable de mots ne présentant entre eux aucune association, avec par moment récit automatique d'une fable ou exécution d'un chant.

Deux cas de paraspasme facial et bilatéral,
par MM. CROUZON, CHRISTOPHE et Mlle LAGUERRIÈRE.

Les auteurs présentent deux malades de 63 et 66 ans, atteintes de paraspasme facial bilatéral. Chez l'une d'elles, la symptomatologie est celle d'un paraspasme typique au début (contractions bilatérales avec occlusion involontaire des yeux et mouvements convulsifs bilatéraux des autres muscles de la face). Chez l'autre, le désordre moteur s'est étendu peu à peu aux

autres muscles de la face et du cou, et associe actuellement un spasme facial médian à un torticolis spasmodique. De tels faits prouvent les analogies de ces différentes affections convulsives qui représentent un trouble dyscinétique de même nature pouvant se fixer sur des nerfs différents.

Paralysie amyotrophique à début brusque et douloureux et à localisation cervico-brachiale. Leur ressemblance avec les paralysies post-sérothérapiques, par MM. Paul Brodin et J. Lhermitte.

Les auteurs présentent un malade âgé de 58 ans, qui fut atteint brusquement, il y a quelques mois, de douleurs et d'engourdissement de l'épaule et du bras droits, à la suite desquels s'établit une paralysie amyotrophique portant sur le territoire innervé par les racines supérieures du plexus brachial. Aussi bien le début et l'évolution de la maladie que la topographie des atrophies s'apparentent avec le tableau clinique des paralysies post-sérothérapiques décrites par Lhermitte en 1921. Or, comme dans le fait actuel on ne retrouve absolument aucune cause étiologique infectieuse ou traumatique, et comme aucune injection de sérum n'a été faite, les auteurs posent le problème de la pathogénie des paralysies post-sérothérapiques et ils se demandent si les paralysies amyotrophiques consécutives aux injections de sérum ne sont pas l'expression de la détermination sur les racines et la moelle cervicale, d'un virus de sortie dont la virulence serait exaltée par les injections de sérum.

Discussion

M. A. Thomas porte un pronostic sombre, en se basant sur un cas semblable qu'il a eu l'occasion d'observer et dans lequel la paralysie s'est étendue aux extenseurs et de l'autre côté.

M. Lhermitte a constaté plutôt une récupération depuis un mois.

Présentation des observations de deux enfants d'une même famille, atteints de paraplégie spasmodique familiale, par MM. Guillain et Bize.

Les auteurs relatent les observations de deux enfants, cousins germains, atteints de paraplégie spasmodique familiale ; pour l'un de ces enfants, la symptomatologie est à peu près exclusivement pyramidale. Ces enfants résultent de l'union de deux frères d'une famille avec deux sœurs d'une autre famille ; de ces deux unions sont nés quatre enfants : deux garçons pour une famille et deux filles pour l'autre. Ces quatre enfants sont tous atteints de paraplégie spasmodique familiale ; deux d'entre eux sont ceux dont les auteurs relatent l'observation ; les deux autres sont décédés vers l'âge de 32 ans par cachexie, escarres et infections secondaires, après avoir présenté un stade de paralysie complète.

Sur les différentes variétés de narcolepsies,
par MM. J. Lhermitte, Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Miget.

Les auteurs rapportent trois observations qui témoignent de la variété pathogénique des crises de narcolepsie en apparence essentielles. Dans le premier cas, le sujet qui présente des crises d'hypersomnie paroxystique, qui eût été considéré il y a quelques années comme un syndrome de Gelineau, est atteint en réalité, de troubles dystrophiques qui permettent de penser

à l'hérédo-syphilis. De plus, l'existence de modifications des réflexes tendineux et cutanés impose l'idée d'une atteinte légère du système nerveux central. Dans le second cas (sujet de 34 ans), les crises de narcolepsie ont été suivies pendant plusieurs années par une polyurie, laquelle céda à la ponction lombaire, sans que la narcolepsie fût influencée. Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un jeune épileptique, sujet à des crises de petit mal et à des fugues de caractère comitial fréquentes. Chez ce sujet, on peut dissocier très bien deux caractères de crises d'hypersomnie : les unes avec amnésie complète et de nature comitiale, les autres, au contraire, plus longues, moins fréquentes, se rattachant à la narcolepsie de Gelineau. Mais, dans ce dernier fait, également, l'examen révèle des modifications de la réflectivité qui donnent à penser à l'existence d'une lésion du névraxe.

Les auteurs concluent à la nécessité d'examiner de près les narcoleptiques pour déceler des éléments souvent discrets, traducteurs d'une lésion nerveuse et indiquant l'intérêt qu'il y a de séparer complètement la narcolepsie vraie du sopor épileptique amnésique.

Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie oculaire pure. Opération. Adénome chromophobe suprasellaire, par MM. Clovis VINCENT et DARQUIER.

Les auteurs présentent l'observation d'une malade de 63 ans, venue consulter pour hémianopsie bitemporale. Tout autre symptôme neurologique ou glandulaire faisait défaut. L'intervention montre la présence d'une tumeur suprasellaire de la consistance et de la forme d'un méningiome. A l'examen histologique, il s'agit d'un adénome chromophobe.

Jean TUSQUES.

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 Juin 1932

Présidence : M. MAUCLAIRE, président

Vingt sept ans de morphinomanie, guérison « spontanée », définitive. Cicatrices céruléennes, par MM. DUVOIR, POLLET, Henri DESOILLE et Marcel CACHIN.

Ces auteurs présentent une malade qui contracta, en 1889, des habitudes de morphinomanie occasionnées par les douleurs abdominales dont elle souffrait. La dose quotidienne injectée s'élève à 0,75 et même 1 gramme.

En 1916, la malade décide brusquement de mettre fin à sa toxicomanie par désir de se libérer de cette servitude et parce que la loi de 1916 lui rendit, dès lors, difficile de se procurer le toxique. Elle n'a jamais récidivé depuis. Le sevrage fut remarquablement rapide et bien toléré. La malade souffrit seulement « de ne plus se piquer », la « piquomanie » ayant entretenu la « toxicomanie ». Les injections étaient faites aux 2 membres supérieurs et à la région pectorale par la malade elle-même qui avait acquis, pour se piquer, une égale habileté des 2 mains. Il n'y eut jamais d'abcès, ni de bris d'aiguilles, malgré le nombre impressionnant de près de cent mille piqûres. Enfin, les cicatrices forment une nappe ininterrompue de teinte bleutée qui s'est développée lentement, due peut-être à une transformation de l'hémoglobine du sang de la piqûre.

M. Truelle fait observer qu'habituellement le sevrage brusque s'accompagne de quelques troubles physiologiques, mais qu'il faut aussi tenir compte d'une certaine mise en scène des malades qui accusent parfois une dose plus élevée de morphine que celle qu'ils emploient en réalité.

M. Crouzon signale qu'au-dessus d'une certaine dose, le nombre de centigrammes de morphine injectés quotidiennement n'a pas une très grande importance et qu'au début d'une cure de sevrage on peut impunément abaisser d'emblée la dose de morphine à un chiffre relativement bas.

M. Fribourg-Blanc pense que la facilité et la rapidité du sevrage spontané total de cette malade ont été dûs à ce qu'il s'agissait d'une « toxicomanie occasionnelle » provoquée par les douleurs dépendant d'une maladie organique. S'il se fût agi d'une toxicomanie engendrée par un déséquilibre psychique, il est probable qu'une récidive se serait produite, ainsi qu'on l'observe si souvent.

De la nécessité administrative des annexes psychiatriques dans les prisons. A propos de deux cas, par MM. Henry Claude et Paul Schiff.

Histoire de deux détenus dont l'aliénation mentale n'a pas été reconnue dans diverses prisons où ils furent incarcérés. Le premier malade, au cours d'un raptus anxieux, fut camisolé et il s'ensuivit une gangrène de la verge. Le second, considéré comme un simulateur à l'instruction, devant le tribunal et durant toute la détention, a dû être interné à Sainte-Anne quelques jours après sa sortie de prison. Sa famille veut intenter une action en dommages.

De tels faits illustrent la nécessité de créer des annexes psychiatriques dans les prisons, non seulement pour des motifs juridiques et moraux, mais aussi dans l'intérêt de l'administration pénitentiaire elle-même.

M. Ceillier attire une fois de plus l'attention sur l'importance capitale du problème posé. Il rappelle les communications faites antérieurement à la Société sur ce sujet et le vote par la Chambre des Députés du projet de résolution présenté par M. Blacque-Belair.

Fribourg-Blanc.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 2 Juillet 1932 (tenue à la Colonie de Gheel)

Présidence : M. OLIVIERS, président

La Société de médecine mentale, invitée par la direction de la Colonie à se réunir à *Gheel* pour y étudier les progrès réalisés dans le domaine du *traitement familial des malades mentaux,* fut reçue par le Docteur SANO, médecin directeur.

Séance du matin

La séance du matin fut consacrée à la visite de la Colonie, et en particulier du hameau de Winkelomheide, où le Docteur VAN DONINCK fit, en flamand, un exposé sur le *développement de l'assistance psychiatrique* dans cette partie de la localité. Il montra l'influence heureuse que l'extension progressive du système de placement des malades chez l'habitant exerce, non seulement sur les patients, mais aussi sur la population elle-même. Des cours du soir, des cours de Croix-Rouge, des cercles d'abstinence ont en effet dû être créés et l'hygiène publique s'en ressent favorablement.

Au point de vue économique, d'autre part, ce mode de traitement présente de nombreux avantages, tant pour le « nourricier » qui y trouve son profit, que pour l'Etat qui voit baisser les frais d'entretien des malades. Cinq cents places sont encore libres pour admettre à Gheel de nouveaux malades.

Séance de l'après-midi (A l'Infirmerie centrale)

Dégénérescence et glandes endocrines, par M. VAN DEN BOSCH.

L'auteur apporte plusieurs observations de malades, dont certaines ont été suivies d'autopsies, et chez lesquels existaient des tares dégénératives organiques et psychiques, en relation avec des troubles glandulaires. Dans bien des cas, par le dépistage précoce du déficit endocrinien et son traitement spécifique, on peut empêcher l'apparition des symptômes graves.

Erotomanie, par M. GOEMANS.

Relation d'un cas d'érotomanie avec interprétations délirantes diverses, que l'auteur considère comme un syndrome épisodique chez un dégénéré.

Myosite ossifiante, par M. SANO.

Présentation du malade dont les muscles des membres s'ossifient progressivement. Examen radioscopique très convaincant.

L'hydrocéphalie, par M. SANO.

L'auteur présente une série de pièces anatomiques (crânes, cerveaux, préparations microscopiques) provenant de sujets atteints d'hydrocéphalie, et discute les divers caractères symptomatologiques et pathogéniques de cette affection.

Le traitement des malades mentaux à la Colonie de Gheel, par M. SANO.

Présentation d'un film cinématographique dont le caractère artistique fut très apprécié, et destiné à illustrer les diverses modalités du traitement psychiatrique à la Colonie. Ce film reproduisait en outre la célèbre procession qui a lieu à Gheel tous les 25 ans pour célébrer les principaux épisodes de la légende de sainte Dymphne.

M. OLIVIERS, *président,* eut l'occasion, à diverses reprises, au cours de la visite, de féliciter les médecins de Gheel et en particulier le Directeur, pour les progrès remarquables accomplis dans ces dernières années dans le domaine si intéressant de l'assistance familiale.

J. LEY.

Groupement belge d'Etudes Oto-Neuro-Oculistiques

Séance du 25 Juin 1932

Président : M. HENNEBERT (de Bruxelles)

Troubles encéphalitiques à répartition diffuse, lentement progressifs chez un homme de 37 ans, survenus immédiatement après une fièvre typhoïde en 1916, par M. DE BUSSCHER.

Les troubles présentés par le malade consistent en aphasie amnésique ; perte de la mémoire des faits récents ; agmusie ; anosmie ; hypoexcitabilité vestibulaire et hypoacousie droites ; hémiparésie et hémianesthésie du même côté ; chorio-rétinite de l'œil droit ; déviation à droite au cours de la marche ; chute « en statue » en avant et à droite lors de l'occlu-

sion des yeux. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La radiographie décèle des érosions au niveau des deux bosses frontales et des proliférations ostéophytiques des apophyses choroïdes postérieures. Il s'agit de lésions cérébrales diffuses dont l'origine doit être rattachée à la fièvre typhoïde, dont le malade a été atteint en 1916.

A propos de la pathogénie des névrites rétrobulbaires, par MM. KLEEFELD et LEROY.

Les auteurs rapportent le cas d'une malade qui a été traitée par eux pour névrite rétrobulbaire aiguë. Au début, l'examen rhinologique et la radiographie ne montraient aucune lésion des sinus. Le badigeonnage de la muqueuse nasale à la stovaïne-adrénaline et l'injection intraorbitaire de scurocaïne-surrénaline firent rapidement rétrocéder les symptômes. Trois mois après, la malade présentait, du côté où siégeait la lésion du nerf optique, une pansinusite vérifiée cliniquement et radiologiquement. On peut se demander si, dès le début de la névrite, il n'existait pas une sinusite fruste et si elle n'est pas en cause dans beaucoup de cas où la névrite rétrobulbaire ne s'accompagne pas de modifications apparentes des sinus.

Névrite double de l'acoustique au cours d'une méningo-encéphalite ourlienne, par M. HELSMOORTEL Junior.

Chez un enfant, atteint d'oreillons, on vit se développer une hémiparésie droite et une surdité bilatérale d'origine centrale sans participation labyrinthique. Le cas est très rare. L'infection ourlienne provoque parfois une surdité d'origine périphérique due à une méningite séro-fibrineuse ; dans ces cas, les auteurs américains conseillent les ponctions lombaires répétées et les injections de néosalvarsan.

A propos d'un anévrysme suprasellaire, par M. LUDO VAN BOGAERT.

Un homme de 37 ans, dans les antécédents duquel on relève une chute de moto 3 ans auparavant, présenta en 1931 des céphalées, une névrite rétrobulbaire typique, puis de la polyurie et de la polydipsie. Le mois suivant, devant l'aggravation des symptômes et la montée de la température, on se décida à pratiquer le curetage des cellules ethmoïdales. Le malade mourut quelques jours après, avec des phénomènes de méningo-encéphalite. L'autopsie montra des lésions de périchiasmatite ancienne et un anévrysme suprasellaire. A propos de cette observation, l'auteur insiste sur la possibilité de causes très diverses dans la genèse des névrites rétrobulbaires et sur les difficultés du diagnostic des anévrysmes intracraniens.

Particularité du signe fistulaire dans un cas de labyrinthite hérédo-syphilitique, par M. HENNEBERT.

A la suite de ses observations chez une femme atteinte de labyrinthite hérédo-syphilitique, l'auteur conclut que l'insufflation tubaire peut mettre en évidence le signe de la fistule alors que la compression et l'aspiration restent sans résultat.

Diagnostic des lésions vestibulaires centrales et périphériques, par M. Van den Branden.

La compression des jugulaires diminue le nystagmus dans le cas de lésion vestibulaire périphérique ; il l'augmente dans le cas contraire. Chez un malade qui avait subi l'évidement pétro-mastoïdien, l'apparition d'un nystagmus fit croire à un abcès cérébelleux ; comme le nystagmus disparaissait par la compression jugulaire, on se contenta de parfaire l'évidement, ce qui amena la guérison. Chez un sujet atteint d'abcès du lobe temporal droit, on notait un nystagmus dû à une lésion vestibulaire gauche et susceptible d'augmenter par la compression jugulaire ; l'autopsie montra une lésion du noyau de Deiters.

Syndrome de Collet, par M. Galant

Un enfant de 10 ans présenta successivement une tuméfaction péri-amygdalienne et des hématémèses, dues à un suintement de sang dans le pharynx. On vit apparaître ensuite une déviation à droite de la langue, une paralysie de la moitié droite du voile et de la corde vocale droite. Le réflexe oculo-cardiaque était aboli. On ne sut que plus tard que l'enfant, ayant plongé dans un bassin trop peu profond, s'était heurté violemment au fond et, ainsi, s'était provoqué une fracture de la base du crâne.

Un cas de lésion d'un hémisphère cérébral à nystagmus provoqué plus énergique du côté sain, par M. Buys.

Chez un homme qui présentait une hémiplégie avec aphasie par enfoncement du pariétal gauche, le nystagmus provoqué était plus prolongé du côté sain. De Kleyn a signalé la possibilité de l'asymétrie nystagmique à la suite de lésions d'un hémisphère, mais le nystagmus est toujours plus fort du côté de la lésion.

Un cas de nystagmus spontané dirigé alternativement vers la droite et la gauche, par M. Buys.

Chez un sujet présumé syphilitique et atteint d'otite moyenne, on observait un nystagmus spontané qui, après avoir battu quelque temps vers la droite, diminuait, s'arrêtait, puis commençait à battre vers la gauche. Dans la recherche du Romberg, le malade tombait toujours du côté oppposé au sens du nystagmus. La littérature ne contient que deux cas de ce genre.

Jean Titeca.

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séances du 7 et du 24 Mai 1932

Présidence de M. E. MIRA

Syndrome de sclérose combinée subaiguë de la moelle avec anémie : présentation de la malade après une année de traitement, par M. A. SUBIRANA.

Jeune femme de 37 ans qui était atteinte, en janvier 1931, d'un syndrome neuro-anémique très grave. Tableau de Biermer tout à fait caractéristique (1.600.000 globules rouges). Signes pyramidaux bilatéraux, lésion des fibres radiculaires longues, troubles cérébelleux et vestibulaires, atrophie optique gauche assez légère et légère atteinte sphynctérienne. La spasmodicité et le déficit pyramidal empêchaient la malade de quitter le lit. On pratique deux transfusions de sang, on institue une cure hépatique intensive (par voie gastrique et sous-cutanée) et on donne, aussi, quelques préparations d'estomac de porc. Aujourd'hui, la formule sanguine révèle l'existence d'une anémie hypercompensée et le syndrome nerveux est si faible que la patiente a pu voyager sans être accompagnée spécialement.

L'épreuve psychologique des « P » chez les délinquants habituels, par M. J. FUSTER.

L'auteur vient d'essayer, chez les délinquants habituels (lesquels offrent sans doute, au point de vue scientifique, un grand intérêt), l'épreuve psychologique des « P », proposée par Mira en 1920. Il s'agit d'un « test » d'association limitée, qui nous montre une bonne corrélation avec l'intelligence verbale, et même générale, des individus examinés. Les résultats obtenus dans une série de 366 délinquants avec antécédents pénaux, oscillant entre 17 et 65 ans, a été de 17 à 20 mots en moyenne, en 5 minutes ; ce qui est précisément le temps de durée de l'examen, pour chaque individu. Il faut signaler que la moyenne, pour les adultes normaux, est de 42 mots.

B. RODRIGUEZ-ARIAS.

Conditions pour la création d'un Patronage d'Assistance psychiatrique sociale. (*Conclusions votées et présentées à la considération des Pouvoirs publics*).

Le Patronage doit être toujours, chez nous, un organisme d'allure officielle. En Catalogne, plus particulièrement, le Gouvernement autonome de la « Generalitat » prendra les mesures nécessaires à leur création.

Avec les Dispensaires psychiatriques et d'Hygiène mentale et l'ensemble des

Services cliniques, le Patronage constitue le moyen auxiliaire le plus efficace, aussi bien matériel que moral, du malade psychique, avant, pendant et après son séjour dans les asiles. Mais les initiatives doivent venir dans tous les cas — c'est indiscutable — des médecins, jamais du personnel subalterne. Les Pouvoirs publics, les Sociétés savantes et les Ligues de prophylaxie (spécialisées ou non), les services d'Assistance psychiatrique, les Associations ouvrières et capitalistes, les Organismes de culture, les philanthropes, ont à désigner leurs représentants au Patronage.

Les rapports avec les différentes Ligues hygiéniques sont une des principales fonctions à établir et à diriger. En dehors des philanthropes, il faut compter sur un nombre d'infirmiers sociaux dûment rétribués. On ne négligera pas, pour leur importance primordiale, l'obtention de moyens économiques suffisants.

Séance Solennelle du 11 Juin 1932

Présidence de M. E. MIRA

L'organisation psychiatrique en Catalogne : orientation proposée par les spécialistes, par M. B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Si la Semaine nationale pour la propagande des idées sur l'Hygiène mentale, qu'on vient de célébrer partout, doit donner un véritable résultat pratique en Catalogne, le problème de la future réorganisation psychiatrique mérite une attention spéciale.

L'auteur passe en revue, tout d'abord, les débuts de la Ligue d'Hygiène mentale depuis sa création en 1927. Il délimite ensuite le rôle de la Direction générale de la Santé publique du Ministère de l'Intérieur.

Les Corporations publiques et la plupart des Sociétés privées ont à compléter les services de consultation et les cliniques de thérapeutique par le travail et d'assistance sociale, au point de vue de la modernisation indispensable des moyens de traitement et du nombre de malades à soigner

La question du personnel technique (médecins et infirmiers spécialistes) est une des plus délicates et des plus difficiles à résoudre ; comme d'ailleurs celle du problème de l'enseignement, totalement négligé jusqu'à présent. Enfin, la partie financière du projet d'organisation nouvelle est très importante, car les dépenses prévues sont énormes mais absolument nécessaires.

L'aspect juridique du Décret sur l'assistance de malades psychiques, par M. L. MOLES.

L'auteur — avocat très compétent en matière de législation et d'assistance psychiatriques — signale, en principe, les avantages et les inconvénients de l'ancien Décret royal du 19 mai 1885 et du récent Décret de la République du 3 juillet 1931.

Jusqu'à nos jours les dispositions légales, insuffisamment médicales, tendaient surtout à éviter la séquestration. Mais les nouvelles, peut-être trop médicales, laissent de côté la situation juridique du malade interné, c'est-à-dire, l'aspect civil de la question.

L'entrée non-médicale des malades dangereux par suite de désordres psychiques est assez discutable au point de vue judiciaire. C'est pour cela, sans doute, que les Juges n'arrivent presque jamais à autoriser l'entrée par « via judicial » (placement ou internement d'office). Il est donc nécessaire de préciser les procédés judiciaires, tout au moins pour la question de l'interdiction temporaire, pendant le séjour des patients dans les Maisons de Santé, dont le but est thérapeutique, sans souci d'atteinte à la liberté individuelle.

La contribution des aliénistes catalans au progrès de la Psychiatrie,
par M. A. Rodríguez-Marini.

S'il nous est permis, à l'heure actuelle, de nous enorgueillir d'une période de réorganisation psychiatrique — dit l'auteur, qui célèbre les noces d'or de l'exercice de la spécialité — les résultats favorables sont la conséquence d'une lutte assez ancienne et acharnée, dont les premiers pionniers, nos maîtres, sont créditeurs de la reconnaissance publique. C'est pour cela, à son avis, qu'il convient, au cours de cette séance solennelle, de parler des efforts accomplis.

Les docteurs Pujadas (fondateur, il y a 80 ans, de l'Asile de San Baudilio, le plus grand de l'Espagne), Pi-Molist (l'éminent commentateur du « Quijote » au point de vue médico-psychologique), et surtout Giné-Partagás (notre maître à tous), forment un trio inoubliable. Plus récemment, c'est Calcerán-Granés qui continua la brillante tradition des promoteurs.

Les camarades et les élèves de Giné-Partagás ont été d'éminents spécialistes. Quelques-uns — l'auteur cite une liste de noms — ont passé, à leur tour, dans l'histoire de la psychiatrie locale.

B. Rodríguez-Arias.

Séance du 21 Juin 1932

Présidence de MM. E. MIRA et SOLER-MARTIN

Crises gastriques tabétiques : inutilité du traitement,
par MM. B. Rodríguez-Arias et J. Juncosa.

Un tabès fixé, sans ataxie, sans positivité humorale, mais avec une série inépuisable de crises gastriques des plus typiques, est étudié par les auteurs, depuis 5 ans. Parmi les antécédents recueillis, il faut signaler ceux-ci : accident primaire connu à l'âge de 20 ans ; 2 fausses-couches et quelques enfants morts de processus cérébraux; la pratique d'une laparatomie par

erreur, explicable du diagnostic, et une morphinomanie post-thérapeutique très grave.

Impaludation en octobre 1928. Pas de douleurs pendant 2 mois. Nouvelle récidive, morphinomanie plus grave encore et cachexie. Opération de Foerster en décembre 1931. L'état général devient normal et les douleurs disparaissent jusqu'au mois d'avril. Insuccès d'une cure par l'atropine. Est-il prudent, pour tâcher d'enrayer la dernière récidive, de proposer quelques autres opérations sur le système vagal, sur les racines antérieures ou sur les cordons de la moelle (cordotomie) ?

Craniectomie décompressive spontanée, par M. A. SUBIRANA.

Un patient adulte, qui avait un syndrome de compression cérébrale très typique (maux de tête, vomissements, stase papillaire), mais sans aucun signe focal d'importance, montre à la radiographie, brusquement, quelques perforations ou pertes de substance osseuse du crâne, assez visibles et étendues. En même temps, le syndrome d'hypertension cérébrale disparaît. L'examen neurologique ne met pas en évidence, pour le moment, de symptômes de localisation. Au point de vue de l'exploration générale (clinique et humorale) et des antécédents, pas de données et de troubles spéciaux. L'hypothèse d'une tumeur ou d'une pseudo-tumeur de tendance envahissante (dite perforante) est assez peu probable ; on doit penser à un trouble général, peut-être du type ostéomalacique.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

XXXVI^e SESSION (Limoges, 25-30 juillet 1932)

Présidence : M. le professeur EUZIÈRE

Le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa *36^e session* à *Limoges,* du 25 au 30 juillet 1932, sous la présidence de M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier. Le Professeur Georges GUILLAIN, de Paris, était vice-président.

Au cours de cette session eut lieu, le 27 juillet, à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges, sous la présidence de M. le Professeur RAYMONDAUD, *Directeur honoraire,* en présence de M. STIRN, *Préfet* de la Haute-Vienne, et d'une très nombreuse assistance, la cérémonie d'*Inauguration d'un buste à la mémoire du Professeur* GILBERT BALLET, de la Faculté de Médecine de Paris, ancien président du Congrès.

Prirent successivement la parole : M. le Professeur RAYMONDAUD, *Directeur honoraire* de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges ; M. le Doyen EUZIÈRE, de Montpellier, *président* du Congrès ; M. René CHARPENTIER, *secrétaire général* du Congrès, qui donna lecture d'une allocution de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, de Paris ; M. COMBY, au nom de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris ; M. MARCHAND, *président* de la Société Médico-Psychologique ; M. le Professeur agrégé LÉVY-VALENSI, *président* de la Société de Neurologie ; M. le Professeur FRIBOURG-BLANC, du Val-de-Grâce, au nom de la Société de Médecine légale ; et M^e TALAMON, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, *président* des Limousins de Paris.

Au nom de la famille, représentée par Mme Gilbert Ballet et son fils, Mme et le D^r Roger Glénard (de Vichy), le Commandant Ballet et de nombreux membres de la famille, le D^r Victor BALLET (d'Evian-les-

Bains), frère de Gilbert Ballet, remercia en termes émus les organisateurs de cette cérémonie.

L'Association, constituée conformément aux décisions de l'Assemblée générale (Lille, 23 juillet 1930), a décidé de tenir la 37e session du Congrès à *Rabat* (Maroc), au mois d'avril 1933. Au bureau de l'Association, composé de MM. le Professeur Georges GUILLAIN, *président* ; L. LAGRIFFE (de Quimper), *vice-président* ; René CHARPENTIER, *secrétaire général*, et VIGNAUD, *trésorier*, sera adjoint, en qualité de *secrétaire annuel*, le Dr DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Médecin Directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc) et du Service psychiatrique de l'Hôpital de Casablanca.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 37e session du Congrès : *Les Encéphalites psychosiques*, par M. L. MARCHAND ; *les Ataxies*, par M. Raymond GARCIN ; *les Conséquences médico-légales des Amnésies traumatiques*, par M. Paul ABÉLY.

SEANCE INAUGURALE

A cette séance, qui eut lieu dans la salle des Fêtes de l'Hôtel de Ville de Limoges, sous la présidence de M. STIRN, préfet de la Haute-Vienne, on entendit successivement les allocutions très applaudies de M. le Préfet, de M. BETOULLE, sénateur-maire de Limoges, des délégués officiels et de M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, *président* de la 36e session du Congrès.

Après avoir remercié les diverses personnalités qui ont bien voulu accepter d'assister à la séance solennelle d'ouverture du Congrès, M. le Président EUZIÈRE prononça un remarquable discours d'usage consacré à la *Neurasthénie de d'Alembert*. Il fut ainsi amené à retracer la vie sentimentale du grand encyclopédiste et à le défendre de l'accusation de sécheresse et d'égoïsme dont il n'a pas été exempt.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le rôle et l'importance des Constitutions en Psychopathologie, par M. Ach. DELMAS (d'Ivry-sur-Seine).

Sous le nom de constitution psychopathique, dit le rapporteur, « on entend l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques, faisant partie de la personnalité innée du sujet, se manifestant de la façon la plus précoce et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant, par rapport aux autres groupes de tendances, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques. D'une durée indéfinie, à la manière d'infirmités plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cycliques, rémittentes ou au contraire progressives ; elles correspondent à des modalités de déséquilibre qui, chez un même sujet, peuvent se rencontrer uniques ou multiples, isolées ou associées ; elles représentent, dans une personnalité

anormale, la partie morbide, dont la proportion varie suivant le degré et le nombre des constitutions en jeu. »

Parmi les diverses constitutions proposées, depuis les travaux de Kraepelin jusqu'à ceux sur la schizoïdie, cinq seulement ont une individualité propre : 1° la constitution cyclothymique ; elle représente essentiellement un déséquilibre de l'activité et est caractérisée par l'alternance d'états d'hyper et d'hypoactivité ; 2° la constitution hypérémotive décrite par Dupré. Le rapporteur la définit ainsi : les sujets dotés de cette constitution réagissent d'une manière particulièremcut brusque aux émotions et dépassent, dans ces réactions, les effets utiles de l'ébranlement psychique : ce sont eux que l'on désigne communément sous le nom de « sensibles » et « d'impressionnables » : non seulement ils présentent, à l'occasion, des réactions émotives exagérées, mais encore ils restent sous l'empire d'une sorte de gêne psychique qui se traduit, dans les circonstances multiples de la vie quotidienne même les plus futiles, par des états divers d'appréhension, de crainte, de doute, de scrupule, d'hésitation ou d'impulsivité ; 3° la constitution paranoïaque, décrite par Kraepelin et Wilmanns qui doit être définie l'hypertrophie de l'orgueil ; 4° la constitution perverse ou perversité, dont les réactions doivent être nettement séparées des perversions acquises au cours d'états pathologiques divers et des perversions émotives acquises par le mécanisme des réflexes conditionnels ; 5° la constitution mythomaniaque décrite par Dupré ; le rapporteur l'a définie : une tendance native, presqu'impulsive, au travestissement des faits et à la création des mensonges, de fabulation, de mythes dans les paroles, les attitudes et les actes. L'hystérie, les états pithiatiques ne sont, pour Dupré même, qu' « une espèce particulière du genre mythomanie. »

La clinique a démontré les rapports qui existent entre les constitutions et les psychoses : entre la cyclothymie et la manie-mélancolie, l'hypérémotivité et les psychoses émotives, la constitution paranoïaque et les psychoses paranoïaques, la perversité et la folie morale ; la mythomanie et les psychoses mythomaniaques et l'hystérie.

Des relations étroites existent également entre les constitutions pathologiques et des dispositions psychiques normales. C'est encorc l'observation des faits qui a permis à l'auteur de conclure que : 1° les groupements de tendances qui forment les constitutions psychopathiques, sont les mêmes en psychologie normale qu'en psychiatrie, de telle sorte qu'à chaque constitution correspond une disposition psychique ; 2° les constitutions ne diffèrent des dispositions normales que par un excès ou un défaut des tendances composantes ; 3° du normal au pathologique, il n'y a qu'une variation quantitative. A la constitution cyclothymique correspond en psychologie normale l'activité, à l'hyperémotivité l'émotivité, à la constitution paranoïaque l'avidité, à la perversité la bonté, à la mythomanie la sociabilité. Les constitutions sont donc toutes des anomalies des dispositions affectives actives : la cyclothymie et l'hyperémotivité reprcsentent des déséquilibres de la vie active ou de l'humeur, les autres sont des déséquilibres de la vie affective ou du caractère.

L'auteur cherche à dégager ensuite les propriétés générales des constitutions, et les propriétés particulières à chacune. L'innéïté, l'efflorescence, et la nature fonctionnelle sont parmi les propriétés générales celles qui peuvent soulever des objections. L'auteur les discute dans des chapitres particuliers ; il affirme l'innéïté de toutes les constitutions, la cyclothymie étant

en outre héréditaire ; il demande qu'on fasse une distinction nette entre le lésionnel et le fonctionnel, les constitutions appartenant à la pathologie du fonctionnel ; il met en relief le rôle des causes occasionnelles dans l'efflorescence des psychoses, dont l'intervention est indispensable dans le cas de l'hypérémotivité, mais non dans la cyclothymie.

En ce qui concerne les propriétés particulières à chaque constitution, la cyclothymie est caractérisée par la bipolarité et le rôle catalyseur, l'hypérémotivité par ses relations avec des états de déséquilibre vagosympathique et l'existence des perversions émotives qui se manifestent sur le terrain de cette constitution, sans qu'il y ait forcément constitution perverse associée. A propos de l'hypérémotivité est discuté le problème des constitutions acquises, dont l'auteur nie l'existence. La constitution perverse est la seule qui représente une atrophie de la tendance normale correspondante. Il pourrait être possible d'individualiser également un type hypertrophique : constitution débonnaire. La constitution paranoïaque a pour particularité son évolution vers une psychose chronique, le délire d'interprétation ; la mythomanie reçoit son cachet spécial des troubles hystériques qui se manifestent sur son terrain.

Les associations de plusieurs constitutions sont fréquentes, plus fréquentes que les constitutions pures isolées. L'association d'une cyclothymie dépressive et d'une constitution hypérémotive permet d'expliquer la forme anxieuse de la mélancolie, celle d'une hypomanie cyclothymique et de paranoïa le délire de revendication, etc.

La nature des constitutions est encore très mal connue ; s'il est permis de considérer l'instabilité innée du sympathique comme la base physiologique de la cyclothymie et de l'hypérémotivité, par contre les variations du *p*H et des hormones, les colloïdoclasies sont des effets et non des causes. En essayant de situer les constitutions dans l'évolution biologique, l'auteur arrive à les considérer comme le résultat d'un simple phénomène génétique, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un facteur dégénératif, toxi-infectieux ou autre.

Beaucoup d'autres constitutions ont été proposées. Les unes sont des sous-variétés des cinq constitutions admises par le rapporteur, d'autres, la psychasthénie et la schizoïdie s'expliquent comme des associations constitutionnelles.

La schizoïdie fait l'objet d'une critique longue et nettement hostile ; elle devient véhémente lorsqu'elle s'adresse aux conceptions de Kretschmer, « indéfendables », autant en ce qui concerne l'assimilation entre la manie-mélancolie, psychose constitutionnelle, et la schizophrénie encéphalite organique acquise, qu'en ce qui concerne la tentative d'imposer aux déséquilibrés psychiques une morphologie physique spéciale basée sur des apparences physiques superficielles et grossières. Mais l'auteur ne peut adhérer non plus aux idées de Bleuler, il trouve absolument excessif le rôle attribué par cet auteur à l'autisme ; il objecte à Minkowski, que les malades qui ont permis à celui-ci de conclure que la schizophrénie n'est pas une démence, sont des psychasthéniques typiques et qu'il ne peut accepter la notion de la perte du contact vital avec la réalité, noyau central de la psychose. La doctrine de Claude a le mérite « d'être logique, nette et précise ». La discussion est possible sur des faits. Mais les cas décrits par cet auteur et ses élèves sous le nom de schizoïdes et schizomanes sont faciles à interpréter comme une association constitutionnelle de cyclothymie dépressive et d'hypérémotivité.

Le rapport termine par des considérations sur la fatalité des constitutions, nullement absolue puisqu'elles sont accessibles à la thérapeutique et le seront davantage dans l'avenir, et par un chapitre sur l'importance de constitution en clinique psychiatrique, en psychiatrie infantile et en médecine légale, où leur importance n'est pas encore suffisamment appréciée.

Discussion

M. Henri Ey (de Paris), félicite M. Delmas de son excellent rapport et de la vigueur avec laquelle il n'a cessé de soutenir ses idées. Pour lui, il ne saurait adhérer à la « doctrine » des constitutions dont il a fourni une critique récente. Ne pouvant reprendre ici tout le détail de son argumentation, il se borne à établir les points suivants : 1) Il s'agit bien d'une doctrine et non point d'une classification clinique ; — 2) Cette doctrine, dans ses parties accessoires, est irréfutable lorsqu'elle se borne à constater qu'il y a des mythomanes, des pervers, des hyperémotifs, etc. Elle exprime un truisme ; — 3) Lorsqu'elle essaye d'expliquer — et c'est sa prétention incontestable — des états de caractère normal et pathologique (comme l'hyperémotivité par une hypertrophie de la tendance émotive) par des « tendances primordiales », elle formule une pure tautologie ; — 4) Elle ne peut s'ériger en explication qu'en faisant intervenir comme M. Delmas le fait expressément, une notion vitaliste et métaphysique : la force propulsive initiale et par là les idées de M. Delmas rejoignent celles de M. Minkowski sur la fatalité des constitutions ; — 5) Si, au contraire, elle veut tenir compte des progrès des sciences physiologiques et lier les caractères à des facteurs humoraux ou endocriniens, elle est nécessairement entraînée à se contredire elle-même en acceptant la possibilité des constitutions acquises dont en dernière analyse l'existence incontestable ruine tout l'édifice constitutionnaliste.

M. Boven (de Lausanne). — Il ne peut admettre la rigidité et l'exclusivisme des conceptions de M. Delmas, qui n'a admis que cinq constitutions et a rejeté toutes les autres. A côté de la constitution cyclothymique, il faut faire une place aux constitutions atonique et hypertonique ; à côté de la constitution hypérémotive, il existe une constitution apathique. Les constitutions anxieuse, instable, impulsive, viriloïde, féminoïde sont, avec les constitutions schizoïde et syntone, des terrains qui s'offrent à l'observation tous les jours, alimentent des troubles psychopathiques bien corrélatifs à leur substratum et confèrent ainsi le caractère spécifique aux malades qui se nourrissent d'eux. La répudiation des corrélations morphopsychologiques est injustifiée. On ne peut biffer ainsi d'un trait de plume les acquisitions dues à Sigaud, Thooris, Viola, Mac Auliffe, etc. Les conceptions du rapporteur sur l'hérédité et l'innéité sont également très contestables.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Il n'est pas convaincu que les constitutions morbides soient simplement des variations en plus ou en moins de dispositions normales. La constitution morbide dégénérative, génératrice de maladie mentale, est qualitativement différente de la constitution normale. En ce qui concerne l'hérédité, les travaux de Rüdin en ont démontré la gravité chez les cyclothymiques. Il y a lieu de déconseiller à ceux-ci la procréation, et la notion du « génie » soulevée par le rapporteur, n'est pas un argument suffisant contre cette conception.

M. Hesnard (de Toulon). — Il n'est pas admissible de définir les constitutions par les tendances. On ne peut jeter un pont sur l'abîme qui sépare

la mentalité normale de la mentalité morbide. Le rapporteur a confondu à tort les pervers sexuels avec les obsédés ou émotifs de la sexualité, les cyclothymiques avec les mélancoliques, l'hystérie-pithiatisme à formule psychiatrique avec l'état mental, très différent, des mythomanes avec malignité. Mais l'objection fondamentale qu'il y a lieu de faire au rapporteur, a trait à l'efflorescence des psychoses. La constitution explique, dans certains cas, la forme de la psychose ou plutôt les réactions du malade à sa psychose. Elle n'explique rien de la psychose elle-même.

M. Courbon (de Paris). — La fixation à 5 des constitutions psychopathiques est arbitraire, car il est des individus atteints de psychoses à caractères constitutionnels qui n'ont jamais présenté aucune des 5 tendances soi-disant primordiales de l'être humain. La transformation de la constitution psychopathique en psychose est fatale, car sa condition siège dans l'évolution physiologique d'un organisme blastodermiquement défectueux.

Les causes occasionnelles ne font qu'avancer l'heure inéluctable qui, sans elles surviendra quand même inexorablement. Cette transformation spontanée peut tarder jusqu'à la vieillesse comme tarde parfois l'apparition des ressemblances physiques et morales entre un fils et son père. Toutefois, la constitution émotive semble pouvoir s'acquérir par des ébranlements physiques et moraux ou des maladies répétées.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Le rapport entre la psychose et la constitution n'est pas une simple question d'intensité. Les psychoses constitutionnelles, seules peut-être et encore pas toujours, dépendent dans leur forme d'une intensification de la constitution. Mais la plupart des psychoses réactionnelles et symptomatiques y échappent. De même les psychoses des débiles et des dégénérés, par leur polymorphisme même, échappent à tout élément constitutionnel précis. Le rapport entre la constitution et le caractère demande ainsi de la prudence. La psychose est un appauvrissement, et il est dangereux de se baser exclusivement sur elle pour limiter la richesse de la vie psychique normale. 5 dispositions activo-affectives seulement pour expliquer tous les caractères, semblent une gageure. Enfin les associations constitutionnelles doivent être admises avec prudence. L'importance que le rapporteur donne à la cyclothymie dans l'origine des psychoses semble plus légitimement revenir à l'émotivité.

M. Kohler (de Genève) insiste sur l'importance des constatations biologiques expérimentales qui devraient nous guider, au lieu de discussions psychiatrophilosophiques, dans la recherche de la vérité. Malheureusement, leur application à la psychologie est trop difficilement et trop rarement possible. Des travaux biologiques récents ont démontré combien le milieu ambiant externe ou interne et l'effort de l'individu de s'adapter à de nouvelles circonstances vitales, peuvent activer ou retarder non seulement une constitution normale, mais aussi une constitution cérébrale, phylogénétiquement déterminée, et par ce fait spécialement psychique chez l'homme. Les travaux de Romois et Guduberg, de Kreitmayr, de Katax, montrent que la conception de la fatalité des constitutions est erronée.

M. Hamel (de Nancy), tient à féliciter le rapporteur qui a mis au point de nombreuses notions excellentes. Il le félicite en particulier de sa conception des perversions émotives, nettement dégagées de la constitution perverse. Mais il ne croit pas qu'il y a une divergence si absolue entre les partisans des constitutions et ceux qui comme M. Génil-Perrin croient à l'existence d'un déséquilibre fondamental et primitif. En ce qui concerne

le rapprochement entre la psychasthénie et la schizoïdie, il faut admettre que ces 2 constitutions diffèrent plus que par une inversion de proportion de leurs éléments constituants. Quant à la nature des constitutions, Babonneix, Heuyer, Laignel-Lavastine et lui-même ont démontré, par des faits cliniques et statistiques, l'importance de l'hérédo-syphilis.

M. Porc'her (de Nancy) tend à considérer les états constitutionnels comme l'expression de troubles du développement, l'âge d'apparition de ces troubles jouerait un rôle important quant aux aspects réalisés. Il y a des arriérés moraux (ou affectifs) comme il y a des arriérés intellectuels, les deux syndromes pouvant tantôt se confondre et tantôt apparaître séparément.

M. Art. Donaggio (de Modène). — Les méthodes psychologiques sont insuffisantes pour résoudre le problème des constitutions. Le rapporteur a trop négligé les acquisitions de l'Ecole de Lombroso. Il a eu tort de rejeter complètement l'œuvre de Kretschmer, que la clinique a confirmée dans certaines de ses données. Le rapporteur a fait une distinction trop absolue entre le lésionnel et le fonctionnel. Les troubles dits fonctionnels ont souvent pour base des modifications histochimiques réversibles.

M. Ach. Delmas, *rapporteur*. — Les critiques qui lui ont été adressées et dont il remercie les auteurs tendent à montrer que tout le monde est d'accord sur l'ensemble des données actuelles sur la doctrine des constitutions et que les points de vue ne diffèrent que sur les détails. En particulier, il ne considère pas comme un point essentiel que le nombre soit limité à 5 ; cela paraît un fait actuel, mais nous ne devons en rien préjuger de l'avenir.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau, par M. M. Moreau (de Liége).

Le rapporteur, après une étude clinique, anatomo-pathologique, étiologique et pathogénique très approfondie de la maladie de Schilder-Foix, et après avoir fait allusion aux glioses diffuses de la substance blanche, dont l'étude a été abordée récemment par Bodechtel et Guttmann, termine par les conclusions suivantes :

Le tableau anatomique de la maladie de Schilder-Foix doit être considéré comme la résultante de processus morbides divers. Du point de vue clinique déjà, on peut séparer des formes évoluant d'une façon progressive et fatale (type Heubner-Schilder) et une forme à début brusque avec rémission ultérieure et pronostic plutôt favorable (type Foix-Marie) ; on peut distinguer aussi les cas où le début de la maladie est accompagné de phénomènes infectieux de ceux où l'évolution est restée apyrétique jusqu'à la phase terminale. Sur le terrain anatomique également, les différences se font jour. Le mode variable de démyélinisation dans la forme habituelle, dans l'encéphalite périaxiale concentrique de Balo et dans la maladie de Pelizaeus-Merzbacher, ne traduirait-il pas l'influence d'agents nocifs divers ?

Quant à l'étiologie, on doit, selon toute probabilité, distinguer 3 ordres de faits :

1° Des faits inflammatoires. Il est vraisemblable que des infections générales se passant en dehors du système nerveux peuvent provoquer les acci-

dents de l'encéphalite périaxiale diffuse. Il nous paraît plus certain encore que certains cas de leucoencéphalite ont des rapports étroits de parenté avec diverses affections que nous supposons dues à des virus neurotropes.

La possibilité de coexistence de la neuromyélite optique avec un foyer schildérien ; la presque identité des lésions leucoencéphalitiques et de celles de l'encéphalite disséminée ; la ressemblance de ces lésions avec celles de la sclérose en plaques jointe au fait, maintes fois démontré dans la littérature, de la possibilité de constitution de grands foyers par confluence de lésions plus petites, à la présence de plaques de sclérose dans certaines observations, à l'évolution de certains cas de leucoencéphalite selon le mode polysclérotique : tous ces faits démontrent, nous semble-t-il, à l'évidence, la parenté qui existe entre la maladie de Schilder-Foix et les trois autres affections.

2° Des faits dégénératifs d'origine diverse : toxique (intoxication hydrocarbonée), dyscrasique (artériosclérose), peut-être endocrinienne (maladie d'Addison), surtout enfin hérédo-familiale (sclérose diffuse familiale, maladie de Pelizaeus-Merzbacher).

3° Des faits traumatiques, surtout d'origine obstétricale.

4° Des faits tumoraux. L'existence d'une blastomatose localisée à la substance blanche et celle de lésions régressives du type schildérien liées à une tumeur est absolument incontestable.

Tous ces faits montrent bien que la maladie de Schilder-Foix est un syndrome anatomique dû à des processus divers et ne peut en aucun cas être considéré comme une maladie.

En ce qui concerne la pathogénie, on doit admettre, semble-t-il, que la répartition lésionnelle dans la maladie de Schilder-Foix est due à un facteur vasculaire. Mais il est impossible de dire, à l'heure actuelle, si l'agent nocif diffusé dans le parenchyme y détruit d'abord les gaines myéliniques ou bien atteint primordialement la névroglie.

Discussion

M. Noël Péron (de Paris) insiste sur la grande importance du rapport ; il s'agit d'affections ignorées jusque-là de la plupart des neurologistes et des psychiatres, qu'elles peuvent cependant également intéresser. Pour le neurologiste, le diagnostic différentiel est souvent difficile avec les tumeurs cérébrales, certaines manifestations épileptiques, la sclérose en plaques. Le psychiatre peut se trouver en présence de maladies de Schilder-Foix à symptomatologie psychique prédominante. En ce qui concerne la pathogénie, il s'agit de formes de passage entre les infections à virus neurotrope et les processus de glioblastomatose.

M. Barré (de Strasbourg) estime que dans les divers travaux publiés sur la maladie de Schilder-Foix, les auteurs ont trop insisté sur les lésions anatomopathologiques, tout en négligeant la clinique. C'est cette dernière qu'il faudra désormais étudier, afin de mieux dégager les signes caractéristiques et essentiels de la maladie.

M. Donaggio (de Modène). — La méthode de Bielschowsky est insuffisante pour étudier les lésions histologiques de la maladie de Schilder. Il préconise les méthodes de coloration neurofibrillaire appliquées par des auteurs italiens. Il insiste sur les formes cliniques de la maladie de Schilder, se rapprochant de la sclérose en plaques. L'expérimentation démontre que les traumatismes et les agents toxiques peuvent créer des lésions analogues à

celles de la maladie de Schilder-Foix. En analogie avec ce qui se passe dans la maladie de Marchiafavo (atrophie de la partie moyenne du corps calleux dans l'alcoolisme chronique), on peut admettre que dans la maladie de Schilder il s'agit d'une atteinte primitive de la fibre nerveuse avec réaction névroglique secondaire.

M. M. MOREAU, *rapporteur :* Il est d'accord avec M. Péron sur la difficulté du diagnostic avec les tumeurs cérébrales. Les progrès de nos connaissances cliniques sur ces états permettront d'éviter les erreurs dont les conséquences sont regrettables. Il s'associe donc pleinement à l'intervention de M. Barré. Quant à l'intervention de M. Donaggio, elle explique, en se basant sur des faits expérimentaux, certains aspects anatomiques des leucoencéphalites et elle permet d'espérer voir à bref délai jeter une lumière intense sur leur pathogénie.

RAPPORT D'ASSISTANCE

La protection des biens des psychopathes. Le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devait jouer,

par M. J. LAUZIER (de Clermont-de-l'Oise).

Il était opportun de rapporter cette question devant un Congrès. La législation française actuellement en vigueur est insuffisante. Le médecin d'asile, témoin des difficultés et des embarras, confident des familles et des malades, est particulièrement bien placé pour en apprécier les lacunes et les imperfections.

Après un aperçu historique, dans lequel l'auteur montre comment déjà les Romains avaient institué la curatelle des « furiosi » et des « mente-capti », pour arriver aux procédures d'interdiction appliquées en France au XVII^e^ siècle et à l'œuvre des législateurs de 1804 et de 1838, le rapporteur traite dans des chapitres séparés : 1° les aliénés internés ; 2° les aliénés interdits ; 3° les aliénés ni internés ni interdits. A propos de chacune de ces catégories, il fait une étude comparative des législations étrangères.

1° *Aliénés internés non interdits.* — L'administration provisoire des biens, instituée par la Loi de 1838, a soulevé de nombreuses critiques qui ont porté sur l'insuffisance de la protection, la complication de la protection, la détermination défectueuse des pouvoirs, l'insuffisance du contrôle, les difficultés en cas de sortie d'essai. Une des lacunes les plus graves, c'est le caractère facultatif de l'administration provisoire pour les malades placés dans les établissements privés. De nombreuses fraudes ont été la conséquence. Une autre lacune est dans l'absence d'un contrôle légal efficace de l'administration des biens. D'autre part, les pouvoirs de celle-ci sont mal déterminés, limités à l'excès, et leur limitation est préjudiciable aux intérêts de l'aliéné. Le curateur à la personne n'est que rarement demandé, ce qui ajoute un danger grave aux inconvénients qui résultent déjà du fait de la présence de trois organes différents : administrateur, mandataire, curateur.

2° *Aliénés interdits.* — Les juristes eux-mêmes critiquent sévèrement notre système tutélaire actuel. Les critiques qui ont été soulevées se rapportent : 1° à l'exagération des frais et de la publicité ; 2° à la provocation de l'interdiction laissée à l'appréciation des héritiers ; 3° à l'insuffisance du conseil de famille, dont l'intervention n'est souvent qu'illusoire ; 4° à

l'inobservation fréquente des règles légales (212.784 tutelles irrégulières en France, en 1872) ; 5° aux pouvoirs excessifs du tuteur, généralement héritier présomptif de l'interdit, insuffisamment contrôlé ; 6° aux formalités nécessaires pour obtenir la cessation de l'interdiction. Quant au Conseil judiciaire, il n'est que rarement demandé pour des aliénés.

3° *Psychopathes en liberté, non interdits.* — Ils relèvent du droit commun. Traités à domicile, ils sont sans protection, alors que dans d'autres pays (Japon, Norvège, Pologne) leur traitement est rigoureusement surveillé. Les psychopathes soignés dans les services ouverts ne sont pas mieux protégés. Le système de la procuration délivrée par le malade lui-même présente de nombreux inconvénients. Celui de la nomination d'un administrateur sur requête paraît plus indiqué. Il y aurait lieu d'étendre aux services ouverts les dispositions de l'article 39 de la Loi de 1838, concernant l'action en nullité.

Nous reproduisons presqu'intégralement les conclusions de ce rapport très documenté. L'auteur préconise :

A) Vis-à-vis des malades internés :

1° Application aux malades des asiles privés de la sauvegarde prévue par la Loi.

2° Extension des pouvoirs de l'administrateur judiciaire avec nomination obligatoire et concomitante par le Tribunal d'un curateur à la personne.

3° Obligation de fournir aux administrateurs un état de la situation de fortune des malades, par les familles et les services financiers de l'Etat.

4° Reddition obligatoire de comptes périodiques par les malades.

5° Gratuité des frais de procédure dans quelques cas déterminés.

B) Vis-à-vis des malades interdits :

1° Nécessité d'une expertise médico-légale au cours de la procédure de l'interdiction.

2° Elargissement des droits du Procureur dans la provocation de l'interdiction.

3° Retrait des pouvoirs de contrôle et de direction de la tutelle confiés au Conseil de famille et leur remise à l'autorité judiciaire.

4° Obligation de fournir des comptes périodiques.

5° Nomination obligatoire d'un curateur à la personne.

6° Suppression des restrictions concernant la sortie des malades interdits.

C) Vis-à-vis des malades traités dans les services ouverts :

1° Possibilité, sur la demande du Médecin-Chef du service ouvert, de faire désigner par le Tribunal, à l'aide d'une ordonnance de juridiction gracieuse, un administrateur provisoire.

2° Extension aux services ouverts des prescriptions de l'article 39 de la loi de 1838. Annulabilité possible par le Tribunal, et sur demande spéciale et motivée, des actes faits par toute personne durant son séjour dans un service ouvert.

Discussion

M. Ach. Delmas (de Paris). — Il craint que le rapporteur n'ait trop cru devoir trouver détestable l'état actuel et ne manifeste une trop grande confiance dans l'excès de législation. L'administration imposée aux Asiles privés sera une mesure inutile et vexatoire, mais on ne pourra la refuser au courant d'opinion qui l'exige. Le contrôle est aussi inutile et ne don-

nera pas les résultats désirés. Quant à la protection des biens des psychopathes non internés, la question n'a pas à être posée ; il suffit que les services ouverts soient des services ouverts.

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) rappelle que le premier service ouvert hospitalier fut celui de Lasègue, qui, chargé en 1862 d'un cours de clinique des maladies mentales, transféra en 1863 son enseignement à l'Hôpital Necker.

M. VIGNAUD (de Paris). — Il estime qu'il n'y a pas lieu de renverser l'édifice de la loi de 1838, qui permet toujours dans certains cas au Procureur de la République d'exiger la réunion d'un Conseil de Famille, qui désignera un administrateur provisoire, ou de faire nommer un administrateur judiciaire, quand les renseignements qui lui sont fournis sur la situation de fortune du malade, soit par la famille, soit par le maire ou les services financiers, et non par des gendarmes ou le garde-champêtre, lui paraîtront insuffisants. On pourrait aussi établir le principe d'une reddition de comptes périodiques.

Les malades placés dans les Maisons de Santé privés ne sont pas dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens. La nomination d'un curateur à chaque malade est inutile le plus souvent et il paraît excessif de rendre l'administration légale obligatoire et automatique. Plutôt que de créer un système de toutes pièces, il faut faire évoluer dans le sens de leur fonctionnement normal les rouages qui existent déjà.

M. G. DE CLÉRAMBAULT (de Paris). — Il a souvent regretté de ne pouvoir provoquer l'interdiction de certains malades isolés ou mal entourés passant à l'Infirmerie Spéciale qu'il prévoyait devoir être exploités et ruinés après leur sortie d'un asile. Les aliénés coloniaux sont fréquemment des isolés ; et, d'autre part, leurs entreprises sont de celles dont une liquidation hâtive peut être spécialement désastreuse.

Me CHARTIER (de Paris). — Pour ce qui est des aliénés internés dans les Asiles Publics, l'Administration provisoire, sous sa forme actuelle, est suffisante. Le curateur à la personne, en pratique rarement nommé, constitue un rouage inutile. Pour ce qui est des malades internés dans les Maisons de Santé privées, l'Administration des biens, facultative jusqu'ici, doit devenir obligatoire. Mais il serait excessif d'imposer aux malades de ces établissements l'administration légale automatique. La reddition des comptes est justifiée, elle devrait être fournie au Président du Tribunal qui a nommé l'Administrateur. Le rapporteur a raison d'estimer que notre système d'interdiction a besoin d'une refonte, mais il a tort de tant mésestimer l'utilité et le rôle du Conseil de Famille. La protection des malades soignés à domicile est délicate. Ce n'est que lorsque les malades se trouvent chez des parents collatéraux ou des étrangers, qu'on pourrait envisager un système de protection contrôlée. Les malades traités en Service ouvert ont besoin d'une protection efficace, si on veut leur éviter les pires dangers. Malgré la publicité relative de la mesure, c'est la désignation d'une sorte de Conseil judiciaire, analogue à celui de l'article 499, qui apparaît comme la mesure la plus opportune et la plus efficace.

M. DESRUELLES (de Saint-Ylie) félicite sans réserves M. Lauzier, dont le rapport est une thèse de doctorat en droit où la concision ne nuit pas à la clarté, et où il est donné une abondante documentation. Pour M. Desruelles, les législateurs de 1838 ont dû penser que l'interdiction découlerait toujours de l'internement, d'où la lacune de la loi en ce qui concerne la

protection des biens des aliénés hospitalisés dans les établissements privés. Il cite un exemple personnel montrant l'insuffisance de la loi à ce point de vue. Il serait désirable, d'après lui, que l'interdiction devînt la règle en en simplifiant la procédure. M. Desruelles propose que les fonctions d'administrateur provisoire soient confiées à un fonctionnaire départemental, responsable devant la Commission de Surveillance et le Président du Tribunal, administrant provisoirement et dans des limites précises les biens de *tous* les aliénés non interdits de son département, non seulement de ceux qui sont internés dans les Asiles publics, mais encore de ceux qui sont hospitalisés dans les établissements privés.

M. LAUZIER, *rapporteur*, remercie les orateurs qui ont bien voulu prendre la parole à l'occasion de son rapport. Il se félicite d'avoir vu M. Delmas se rallier au principe d'une administration légale et automatique dans les Maisons de santé privées. Avec M. le Président Michel, il pense que l'intervention de l'administrateur légal, délégué de la Commission de surveillance de l'asile public le plus proche, est le système le plus simple et celui qui offre le plus de garanties. Citant le cas de l'asile de Rodez, qui va être transformé en asile privé faisant fonction d'asile public, et qui n'aura par conséquent plus d'administrateur légal, il souhaite que les Commissions de surveillance de ces établissements puissent, comme celles des autres établissements publics, exercer les fonctions d'administrateur. Il s'associe aux observations de MM. Delmas et Vignaud sur l'utilité d'un contrôle de l'administrateur judiciaire par le Tribunal, au moment de chaque renouvellement triennal. Il remercie enfin M. Desruelles d'avoir soulevé la question de la rémunération de l'administrateur provisoire.

Au sujet de l'interdiction, il remercie Me Chartier de ses remarques judicieuses et il se déclare heureux d'apprendre qu'en pratique le Conseil de famille n'est pas une institution aussi défectueuse que les théoriciens l'indiquent. Enfin, résumant la discussion sur la protection des biens des malades traités dans les services ouverts, le rapporteur estime que si l'on envisage le service libre comme un quartier d'hôpital, d'où le malade peut sortir à son gré et dont la porte ne peut être fermée, les cas qui nécessitent une protection des biens sont exceptionnels. En réalité, dans ces cas, les malades relèvent le plus souvent des services fermés. Aussi l'expérience montrera dans l'avenir, au fur et à mesure de la généralisation des services ouverts, s'il est nécessaire de légiférer à ce sujet.

Il termine en indiquant qu'à son sens l'effort du législateur devrait porter plus sur la protection des biens que sur le problème de la liberté individuelle ou celui de la chasse à des séquestrations arbitraires inexistantes.

COMMUNICATIONS DIVERSES

PSYCHIATRIE

La dynamique et la statique des constitutions,

par MM. P. COURBON et J. TUSQUES (de Paris).

Il faut, dans la constitution mentale d'un individu, séparer d'une part la dynamique qui concerne la production de l'énergie, c'est-à-dire l'activité engendrée par cette énergie, d'autre part la statique qui concerne la forme dans laquelle cette énergie s'exerce, c'est-à-dire l'ensemble des

facultés dont l'activité dispose. Les anomalies de la dynamique réalisent la constitution psychopathique cyclothymique. Les anomalies de la statique réalisent toutes les autres constitutions psychopathiques. Les anormaux de la statique : pervers, paranoïaques, émotifs, mythomanes, etc..., sont des déséquilibrés. Les anormaux de la dynamique, autrement dit les cyclothymiques, sont des dysrythmés.

Les constitutions mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie,
par M. H. M. FAY (de Paris).

L'auteur expose les résultats d'une expérience de dix années, au cours desquelles il a appliqué tant en clinique que dans un enseignement qu'il a créé pour les instituteurs, les données de la doctrine des constitutions telle que l'a définie M. Delmas. Il apporte de nombreux éclaircissements, en particulier en ce qui concerne certaines manifestations anormales de caractère tels que le mensonge, la paresse, les anomalies sexuelles, l'instabilité, et montre la nécessité de les rapporter à leur cause constitutionnelle, si l'on désire les corriger.

La pédagogie basée sur la psychologie individuelle semble avoir été progressivement oubliée pendant ces dernières années ; il est nécessaire d'y revenir en raison même des conceptions sociales actuelles sur l'instruction obligatoire. L'enseignement créé par M. Fay, au Foyer Central d'Hygiène, a suscité dans les milieux de l'enseignement public un retour incontestable vers cette préoccupation de l'éducation individuelle, parallèlement menée à l'instruction. En un mot, la notion des constitutions a apporté à la psychiatrie infantile et à la pédagogie une clarté qui leur permet de progresser de la façon la plus féconde.

Faut-il admettre les constitutions « schizoïde » et « épileptoïde»,
par M. L. NEUBERGER (de Paris).

L'auteur est amené à admettre des terrains somatopsychiques favorables à l'éclosion de manifestations, soit schizoïdes, soit épileptoïdes ; mais l'analyse critique hésite à leur conférer la valeur de constitutions morbides, selon l'acception aujourd'hui admise et précisée qui s'attache à ce terme.

La connaissance des constitutions et la psychothérapie,
par M. ALEXANDER (de Bruxelles).

En donnant au médecin la possibilité de décrire sans ambiguïté la personnalité psychologique d'un malade, M. Achille Delmas a apporté à la psychothérapie un élément de progrès important. L'étude de la façon de se servir, dans le traitement moral, des tendances constitutionnelles, doit être poursuivie ; il y a lieu également d'étudier systématiquement les possibilités d'adaptation ou de compensation qu'offrent les diverses constitutions monosymptomatiques ou composites.

Morphologie et Caractérologie (en particulier des délinquants),
par M. W. BOVEN (de Lausanne).

A propos de 4 délinquants, internés au Pénitencier cantonal vaudois, l'auteur fait une revue des idées modernes sur les rapports de la morpho-

logie et de la caractérologie et interroge successivement les doctrines de Lombroso, de di Giovanni, Viola, Barbara, de Sigaud, Mac Auliffe, Thooris, Kretschmer et Tullio. Les suggestions fournies par ces doctrines n'apportent, il le fait voir, que des données bien insuffisantes pour asseoir le diagnostic de la mentalité criminelle, et particulièrement de la nocivité des individus qu'elles considèrent.

Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal en psychiatrie : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique, par M. G. PETIT (de Ville-Evrard).

La prépondérance accordée au fait psychologique dans l'étude des maladies dites mentales apparaît théoriquement et pratiquement illusoire. Médicalement, on ne saurait envisager le trouble psychopathique que comme un produit secondaire, nécessairement conditionné par des perturbations organiques. Pratiquement, les classifications et les procédés actuels de diagnostic et de pronostic, basés sur le seul point de vue psychologique, s'avèrent imparfaits et fallacieux. Au lieu de persévérer dans les traditions archaïques d'une psychomancie statique, imbue d'un fatalisme doctrinal décourageant, il semble préférable d'envisager l'étude des symptômes et des syndromes psychopathiques à la lumière des méthodes et des acquisitions de la pathologie générale, seule capable d'édifier une psychiatrie dynamique vraiment médicale et de l'orienter vers une thérapeutique efficace.

Du rôle prédominant des infections par ultravirus dits neurotropes dans le déterminisme des pyschoses et des psychopathies, par M. G. PETIT (de Ville-Evrard).

Des recherches systématiques poursuivies, du point de vue organique, chez plusieurs centaines d'aliénés présentant les psychoses et les psychopathies les plus diverses ont permis de mettre en évidence une série de symptômes et de syndromes particuliers pouvant intéresser non seulement le névraxe tout entier, mais encore le système nerveux périphérique et sympathique, les glandes endocrines, les appareils digestifs (en particulier le foie), respiratoire, circulatoire, etc. Ces troubles organiques peuvent se manifester, — avec une variabilité et un polymorphisme habituels et des éclipses très fréquentes, — non seulement à la période d'état de la psychose ou psychopathie, mais durant la *phase d'imprégnation* neurotrope (d'allure souvent hypocondriaque ou schizoïde) qui peut la précéder quelquefois de plusieurs années. Précoces ou tardifs, ces troubles s'accompagnent souvent de poussées fébriles, d'allure infectieuse et de caractère parfois épidémique et contagieux. L'étude parallèle de malades non aliénés atteints d'infections par ultravirus dits neurotropes (névraxite épidémique, encéphalomyélite disséminée, sclérose en plaques aiguë, syndromes neuro-anémiques, etc.) révèle une symptomatologie et une évolution parfois si comparables, accompagnées si fréquemment de troubles psychiques, qu'une longue série de formes de passage peut être observée, établissant une véritable chaîne neuro-psychiatrique dont les anneaux extrêmes peuvent paraître

dissemblables, mais dont la matière étiologique se manifeste d'essence commune.

Complexe et délire, par M. Aug. Ley (de Bruxelles).

L'auteur relate deux cas, celui d'un jeune homme de 30 ans qui, au cours d'une crise hypomaniaque, avait été excité désagréablement par l'idée qu'il avait couché avec sa mère. Cette idée était née du fait qu'il avait eu une liaison avec une femme plus âgée que lui et qui comme sa mère avait les yeux bleus.

Le second est celui d'une jeune fille de 32 ans, qui voue à sa mère une haine féroce parce qu'elle a la conviction que tous les maux dont elle souffre et qui forment le tableau de la dépression constitutionnelle, proviennent de la constipation chronique, infirmité que la mère a négligé de soigner durant l'enfance. Cette interprétation est brusquement survenue après une conversation médicale et une lecture de vulgarisation sur les méfaits de la constipation.

L'auteur a analysé les deux cas par les méthodes recommandées par les psychanalystes, sans trouver la confirmation des idées freudiennes sur les complexes à appellation mythologique.

Il conclut que les méthodes cliniques objectives ne peuvent jamais être perdues de vue et met en garde contre les interprétations imaginatives des psychanalystes.

Les psychoses paranoïdes, par M. Privat de Fortunié (de Nancy).

Les psychoses paranoïdes se rapprochent de la démence précoce par leur évolution franchement démentielle, des psychoses hallucinatoires chroniques systématisées par l'âge d'apparition de la maladie, la longue persistance du délire et des troubles psychosensoriels. L'auteur met en relief les caractères différentiels, notamment par rapport aux psychoses hallucinatoires systématisées : Constitution schizoïde prédominante ; rôle des facteurs étiologiques affectifs, toxiinfectieux ; point de départ subjectif et interne des hallucinations ; précocité des hallucinations psychiques, psychomotrices, coenesthopathiques ; délire se manifestant dès le début par des idées d'influence, d'emprise, de transformation ; évolution démentielle.

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon ; par F. d'Hollander et Ch. Rouvroy (de Louvain).

Les auteurs ont injecté à 73 cobayes du sang et du liquide céphalo-rachidien de déments précoces. Sur 12 malades examinés, 7 ont donné des résultats positifs pour la tuberculose. Les lésions, inoculables en série, se trouvent dans les ganglions, les poumons, le foie, la rate, les reins, le mésentère et constituent en nodules exsudatifs, nodules folliculaires, cellules épithélioïdes, cellules géantes, caséum, bacilles de Koch. De nouvelles inoculations diront dans quelle mesure la démence précoce devra être dénommée la « psychobacillose ».

NEUROLOGIE

De la sclérose en plaques aiguë,
par MM. CESTAN, RIZER, LABRO et Mlle DE VALS (de Toulouse).

Une jeune femme de 33 ans est atteinte de sclérose en plaques avec symptomatologie clinique et humorale classique. Elle meurt au cours d'une poussée grave avec phénomènes de myélite et de confusion mentale onirique. On trouve de nombreuses plaques dans toute la substance blanche des hémisphères et sur toute la hauteur de la moelle, mais non dans les noyaux gris centraux, ni l'isthme ni le cervelet. Les lésions microscopiques, et en particulier les lésions vasculaires et périvasculaires qui existent même dans les régions, où il n'y a pas de plaques, plaident pour la nature infectieuse de la maladie que les auteurs considèrent comme une affection infectieuse à virus spécifique.

Présentation de très belles microphotographies polychromes.

Microcéphalie et encéphalopathie chez un infantile « enfant du radium»,
par MM. Henri ROGER et HANGER (de Marseille).

Les auteurs présentent l'observation d'une enfant de 3 ans, microcéphale avec retard du développement intellectuel et moteur, contracture d'action, attitudes athétosiques, tremblement pseudoconvulsif, née à terme par les voies naturelles à la fin d'une grossesse compliquée d'un néoplasme du col traité au 5e mois par le radium.

Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale,
par M. E. LAUBIE (de Bordeaux).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 26 ans, ayant subi il y a 4 ans une castration chirurgicale et présentant depuis, chaque mois, durant les premiers 18 mois, des accidents conscients de petit mal épileptique qui se répètent 5 à 6 fois pendant une journée à la date des règles supprimées, et cela malgré l'absorption régulière d'ovarine durant 2 semaines par mois. Il y a 2 ans 1/2, un mois après la cessation du traitement opothérapique, ont apparu des crises convulsives nocturnes qui remplacent les accidents de petit mal un mois sur 3 ou 4, toujours à la même date du mois. Le sujet ne présente aucun antécédent ni aucun stigmate d'atteinte spécifique du névraxe.

Il s'agit d'une épilepsie mensuelle survenue après castration chirurgicale ; de tels cas, relativement rares, posent le problème des rapports entre l'épilepsie et la menstruation, qui est encore à résoudre.

Sur l'influence de quelques substances pharmacodynamiques sur le système nerveux, par M. Vladimir VONDRACEK (de Prague).

Les expériences ont porté sur le chlorhydrate de quinine, la strychnine, le chlorhydrate de yohimbine, le chlorhydrate d'éphédrine. Le résultat le plus intéressant a été l'augmentation considérable de l'action dynamométrique et ergographique après l'application de l'éphédrine.

Sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutif à une atteinte du nerf cubital droit avec syndrome de Claude Bernard-Horner, par MM. DEMERLIAC et DUPYTOUT, (de Limoges).

Les auteurs présentent un malade atteint de griffe cubitale consécutive à une atteinte par balle en 1915, et chez qui s'est établie une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche avec syndrome de Claude Bernard-Horner. La dernière constatation a permis de rattacher la 2e affection à la 1re, fait aussi intéressant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal.

Sur un cas de syringomyélie avec mutilation des doigts, par MM. DEMERLIAC et DUPYTOUT (de Limoges).

Les auteurs présentent un malade atteint de syringomyélie avec griffe existant aux 2 mains, simulant la maladie de Dupuytren.

Comportement d'une réaction particulière du liquide céphalo-rachidien et de l'urine dans des conditions diverses, par M. DONAGGIO (de Modène).

La réaction de précipitation de substances colorantes d'aniline, découverte par l'auteur, se produit dans des conditions diverses : dans la fièvre spontanée et provoquée — l'auteur décrit en particulier le comportement au cours de la pyrétothérapie par la malaria et par la sulfosine — au cours des traitements spécifiques : bismuthé, arsénical et mercuriel, après l'injection d'extraits opoglandulaires. Dans l'épilepsie, elle devient positive au moment de l'accès et redevient négative quelques heures après. Elle est positive également dans la fatigue musculaire.

ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

L'organisation de l'Assistance psychiatrique en Algerie, par MM. LASNET et POROT (d'Alger).

Les auteurs exposent les réalisations importantes, actuellement en cours en Algérie. L'asile de Blida, établissement de 750 lits, recevra les malades des 3 départements algériens. Des services modernes de psychiatrie seront organisés dans les hôpitaux d'Alger (60 lits), Oran (55 lits), Constantine (20 lits). Des dispensaires d'hygiène mentale avec consultations externes gratuites fonctionneront à côté de ces services. L'éducation des enfants anormaux sera assurée grâce aux écoles spéciales fonctionnant dans les 3 grandes villes et à des internats avec école de plein air (1 par département). Les enfants incurables sont recueillis dans les sections spéciales des hospices déjà existants. Les médecins seront choisis parmi les médecins du cadre des asiles publics de la Métropole.

Le rôle du Dispensaire d'Hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la protection des biens de certains malades mentaux, par M. ALEXANDER (de Bruxelles).

L'auteur expose le fonctionnement de l'Office de réadaptation sociale de Bruxelles, fondé en 1922 sous les auspices de la Ligue belge d'Hygiène mentale qui s'occupe de la gestion des biens des malades qui lui sont

confiés. Cette tutelle paraît facilement acceptée par la majorité des intéressés. Une pareille mesure est intéressante pour certains anormaux, les débiles mentaux, les petits délirants, les alcooliques et autres toxicomanes.

Opothérapie épiphysaire chez les arriérés verbaux,
par MM. Laignel-Lavastine, et H.-M. Fay (de Paris).

32 arriérés verbaux ont reçu de l'extrait de glande pinéale, par voie buccale. Sur 22 malades atteints de retard de la parole avec léger retard mental sans signes physiques d'affection nerveuse organique, l'épiphyse a donné une amélioration très marquée de la parole caractérisée par l'augmentation rapide du vocabulaire, un perfectionnement de la construction de la phrase et une plus grande appétence pour l'expression verbale. Un cas d'audimutité par agnosie d'évolution fut remarquablement amélioré et cela, dès le début du traitement, et parallèlement à celui-ci. Au contraire, 5 cas d'audimutité avec retard mental et signes de lésion organique et 1 cas de surdi-mutité incomplète n'ont pas été modifiés par l'opothérapie épiphysaire.

En résumé, dans les retards de la parole dus à l'audimutité par agnosie auditive ou accompagnés d'un léger retard mental, l'épiphyse constitue un traitement de 1er ordre. Dans les retards de la parole, de l'audi-mutité avec lésions centrales manifestes, ou dans l'arriération profonde toujours symptomatique de lésions étendues des centres, les résultats sont négligeables ou nuls.

Les indications de la malariathérapie en psychiatrie,
par M. P. Verstraeten (de Gand).

L'auteur a appliqué la malariathérapie aux maniaco-dépressifs. Les accès maniaques ont été plus favorablement influencés que les accès mélancoliques (16 maniaques guéris sur 20 traités, 9 mélancoliques guéris sur 20 traités). Il a impaludé également des malades atteints de psychoses subaiguës mal déterminées et il pense que dans beaucoup de ces cas le résultat favorable obtenu par la malariathérapie a empêché une évolution démentielle. Dans les formes fixées de la démence précoce, l'impaludation n'a donné aucun résultat favorable.

L'hyposulfite de Magnésium en psychiatrie, par M. A. Léonet (de Lyon).

L'hyposulfite de magnésium a une triple action : anti-choc, digestive et neuro-végétative. Ses indications en psychiatrie sont : la manie, l'anxiété, l'épilepsie. L'auteur a employé l'Emgé Lumière, en injection intraveineuse et a obtenu des résultats favorables dans les affections précitées.

E. Bauer.

XII[e] Réunion neurologique internationale annuelle

(Paris, Salpêtrière, 31 mai et 1er juin 1932)

Présidence : M. LÉVY-VALENSI

CONCEPTIONS ÉTIOLOGIQUES MODERNES SUR LES ÉPILEPSIES,

par M. le professeur J. ABADIE (de Bordeaux).

L'ancienne distinction en épilepsie symptomatique et épilepsie essentielle a vécu : il n'y a que des épilepsies symptomatiques dont l'expression clinique est le syndrome épileptique avec sa forme commune et ses variétés. La classification la plus simple et la plus conforme aux faits est celle qui considère les épilepsies suivant leur date d'apparition pendant le cours de l'existence, et qui les divise en épilepsies du jeune âge, épilepsies de l'âge adulte, et épilepsies de la vieillesse.

I. Les épilepsies du jeune âge

C'est la période de la vie où l'on rencontre le plus grand nombre de cas d'épilepsies, et celle où apparaît l'épilepsie commune, ancienne épilepsie essentielle. Le mal comitial débute le plus souvent de 7 à 12 ans, avec des formes infantiles précoces, juvéniles et juvéniles retardées. Longtemps considéré comme une mystérieuse tare familiale, on le tient maintenant pour l'expression de lésions insidieuses mais acquises des centres nerveux.

A) L'HÉRÉDITÉ ÉPILEPTIQUE. — Les cliniciens du siècle dernier, Esquirol, Moreau (de Tours), Trousseau, reprenant une conception classique depuis le Moyen Age, ont tendu à montrer que l'épilepsie était héréditaire. La statistique d'Echeverria, les expériences de Brown-Sequard (transmission héréditaire d'épilepsie acquise chez le cobaye par section du sciatique), parurent suffisamment convaincantes, et Grasset et Rauzier purent écrire que l'hérédité est le facteur étiologique dominant de l'épilepsie. On chercha même à appliquer à l'hérédité épileptique les lois de Mendel, à formuler les règles de l'hérédité dissemblable et similaire, celle-ci étant la moins fréquente (50 pour 100 environ), l'autre n'épargnant que le cinquième de la descendance, et se traduisant par les diverses névroses, l'idiotie, l'imbécillité, la folie.

Cependant, dès 1770, Tissot s'était élevé contre une telle conception, ainsi que, plus tard, Louis, Pinel, Lasègue. Dans sa thèse d'agrégation (1886), Déjerine a marqué un revirement complet de l'opinion médicale. On opposa les documents de clientèle privée aux documents d'Asiles et d'Hospices. P. Marie, en 1887, démontra que l'épilepsie est une affection acquise. Des statistiques de Pîtres, de Collin, il résulte que la transmission héréditaire de l'épilepsie est exceptionnelle ; Mme Minkowska, à l'étude de la descendance d'un épileptique né en 1751, n'a trouvé que 8 cas d'épilepsie sur

328 membres de la famille, soit 2,5 pour 100. D'autre part, les faits établis par Brown-Séquard n'ont pas pu être confirmés. La plupart des neurologistes s'accordent actuellement pour admettre que l'hérédité similaire est exceptionnelle dans l'épilepsie et que l'hérédité dissemblable n'est pas plus fréquente que chez les sujets normaux. On ne doit donc plus, systématiquement, considérer l'épileptique comme un procréateur dangereux.

B) La constitution épileptoïde. — L'hypothèse d'une mentalité particulière aux épileptiques, participant de l'ancienne croyance à la transmission héréditaire de l'épilepsie, a été revigorée par les conceptions psychiatriques modernes des constitutions mentales pathologiques. Les épileptiques posséderaient des anomalies dégénératives du caractère qui leur appartiendraient en propre et qui permettraient de les dépister en l'absence de tout autre accident comitial avéré. Mme Minkowska pense qu'une constitution épileptoïde est transmise héréditairement dans les familles d'épileptiques; elle a pour caractéristique essentielle un état permanent de « viscosité psychique » (*glischroïdie*) ; elle s'éloigne de la constitution mentale syntone en ne s'affranchissant pas assez de l'ambiance et s'oppose à la constitution schizoïde. A la glischroïdie correspondrait un type anthropomorphique presque constant : grand, pesant, carré, comparable au type athlétique de Kretschmer. Cet état mental aboutit à une stase psychique qui, en s'accentuant progressivement, engendre des décharges subites dont les manifestations paroxystiques de l'épilepsie sont la traduction visible. Cette conception a été vivement critiquée par Marchand, Delmas, Gouriou, Claude ; la mentalité décrite par Mme Minkowska n'est pas nettement différenciée et se rapproche beaucoup de celle des travailleurs terriens ; elle est de plus en contradiction avec l'irritabilité, l'insociabilité et l'impulsivité si fréquente chez les épileptiques et leurs collatéraux. D'ailleurs, la description de Mme Minkowska ne repose que sur l'étude d'une seule famille, famille dans laquelle l'hérédité épileptique n'existe que dans une proportion infime (2,5 0/0).

C) L'épilepsie, syndrome lésionnel acquis. — Les traumatismes obstétricaux ont un rôle prépondérant, qu'il s'agisse de traumatismes externes (applications de forceps, accouchements laborieux) ou de traumatismes internes (troubles circulatoires, asphyxies). Le rôle des infections est très important. Après une période de latence de durée variable, dans la deuxième enfance ou l'adolescence, l'épilepsie apparaît. La notion de syndrome épileptique acquis, défendue par P. Marie, a été confirmée par les travaux ultérieurs ; les recherches récentes sur la pathogénie humorale de l'épilepsie prennent appui sur elle.

D) L'épilepsie hérédo-syphilitique. — L'étude des rapports de l'épilepsie et de l'hérédo-syphilis a provoqué dans ces dernières années un nombre considérable de travaux, mais tous ceux-ci sont loin d'avoir épuisé la question qui reste à l'ordre du jour. Fournier fut le premier à admettre que l'épilepsie vulgaire de l'enfance ou de l'adolescence est souvent le premier et parfois le seul signe d'hérédo-syphilis ; Gaucher affirma que l'épilepsie commune est le plus souvent, presque toujours d'origine syphilitique. Nombreux sont les travaux confirmatifs d'une telle conception ; mais certains auteurs (P. Marie, Rist, Sicard, Marchand et Bauer) ont refusé d'étendre exagérément le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'épilepsie vulgaire ; dans la majorité des cas, il n'y a pas de stigmate d'hérédo-syphilis et le liquide

céphalo-rachidien est normal. Il est difficile, en l'état actuel des choses, de tenir compte des statistiques, si différentes (60 0/0 pour Leredde ; 4 0/0 pour Marchand et Bauer). Il ne suffit pas, pour affirmer l'hérédo-syphilis, de retrouver la syphilis chez les parents ou des malformations dentaires qui existent également dans beaucoup d'encéphalopathies infantiles, ou une réaction de fixation subpositive. La preuve de l'hérédo-syphilis est malaisée à faire, car l'épilepsie syphilitique n'a aucun caractère propre. On tiendra compte de la règle de Marfan (les convulsions des 3 ou 6 premiers mois, sans cause appréciable, sont le plus souvent syphilitiques). Néanmoins, l'hérédo-syphilis doit être considérée comme un facteur étiologique certain d'épilepsie, car, mieux que tout autre infection infantile, elle est capable de produire des lésions nerveuses essentiellement épileptogènes. Une notion, en tous cas, reste bien acquise ; c'est la possibilité d'une guérison radicale par le traitement spécifique d'une épilepsie se présentant sous l'aspect du mal comitial le plus vulgaire, dissimulant parfois complètement son origine hérédo-syphilitique. Pareille notion doit, à elle seule, dominer l'examen et le traitement de toute épilepsie de l'enfance.

E) L'ÉPILEPSIE HÉRÉDO-ALCOOLIQUE. — Hippocrate avait entrevu le rôle néfaste de l'intempérance des procréateurs sur la descendance. Ce n'est qu'au XIX^e^ siècle que vont se préciser les rapports de l'alcoolisme des parents avec l'épilepsie de leurs enfants. Ces rapports se sont révélés très importants.

1° *Influence de l'ivresse au moment de la conception :* c'est Moreau (de Tours) qui, le premier en 1854, apporta des pièces justificatives du rôle de l'ivresse (surtout du père) comme cause active de prédisposition héréditaire à l'épilepsie. Dans la statistique de Bourneville, sur 2.000 épileptiques, l'ivresse des parents a été mise en évidence dans 12, 5 0/0 des cas.

2° *Action prépondérante de l'alcoolisme paternel ou maternel :* Les recherches de Nicloux ont montré que l'alcool ingéré se retrouvait dans les testicules, le sperme et les ovaires, et que chez les femelles pleines, le sang fœtal contenait autant d'alcool que le sang maternel ; l'alcool passe en quantités appréciables dans le lait. On admet que dans l'hérédo-alcoolisme en général, l'action nocive prépondérante revient à l'alcoolisme du père. L'alcoolisation accidentelle du père aurait des effets plus pernicieux que l'alcoolisation chronique de la mère.

3° *Fréquence de l'épilepsie dans la descendance alcoolique :* Les travaux et les recherches statistiques sont assez concordants. La fréquence de l'épilepsie dans la descendance des alcooliques varie de 20 à 25 0/0 des descendants survivants d'alcooliques.

4° *Fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents héréditaires des épileptiques :* Les statistiques moins nombreuses que les précédentes mais plus concordantes indiquent un pourcentage de 50 environ.

5° *Caractères particuliers de l'épilepsie hérédo-alcoolique* : L'épileptique hérédo-alcoolique apparaît comme l'unique ou l'un des rares survivants d'un nombre généralement élevé de frères et de sœurs morts en bas âge de maladies diverses, très fréquemment de convulsions et de méningite. L'hérédo-alcoolisme se place, à côté des encéphalopathies infantiles comme principal facteur de fragilité du système nerveux. L'épilepsie hérédo-alcoolique se conforme ainsi à la règle de P. Marie. Une fois apparue, au moment de la puberté, généralement cette épilepsie se présente sous le même aspect que l'épilepsie ordinaire.

F) Le syndrome éclamptique infantile. — Il existe un lien indiscutable entre l'épilepsie commune et les convulsions infantiles. Tissot a posé nettement la question de la transformation de l'épilepsie des nourrissons en épilepsie vulgaire. On admet maintenant que l'éclampsie des jeunes enfants n'est qu'un syndrome épileptique au même titre que l'éclampsie puerpérale ou l'éclampsie urémique et qu'il n'y a pas plus de convulsions essentielles que d'épilepsie essentielle.

Deux questions importantes restent à l'étude :

1° *Rapports réciproques de l'épilepsie commune et des convulsions infantiles :* Cette question a été depuis longtemps étudiée sous deux aspects :

a) La fréquence des convulsions infantiles dans les antécédents des épileptiques, très diversement évaluée suivant les milieux où les enquêtes ont été faites ; elle est certainement très grande (75 à 80 pour 100 d'après P. Marie).

b) La fréquence de l'épilepsie commune succédant aux convulsions infantiles, également appréciée de façon fort variable ; on peut affirmer que la proportion des épileptiques ayant eu des convulsions dans l'enfance est très supérieure à celle des sujets normaux. L'épilepsie est toujours à redouter chez les enfants éclamptiques (« la bête noire des convulsifs » de Bourneville).

2° *L'avenir épileptique des convulsifs infantiles.* — Collin, Heuyer et Longchampt ont essayé de fixer les bases du pronostic, tant immédiat qu'éloigné, des convulsions infantiles :

a) Signes de possibilité : apparition de convulsions dans les premières heures ou les premiers jours de la vie, dans la convalescence d'une affection aiguë de l'enfance, dans le cours d'une santé apparemment normale de l'enfant ; localisation unilatérale d'emblée des convulsions, persistance de cette localisation ; apparition de signes méningés, signes pyramidaux, troubles de la parole, paralysies ; retard de la marche, de la parole, du développement psychique ; antécédents héréditaires de tuberculose, de syphilis, d'alcoolisme (plus que d'antécédents héréditaires neuropathiques).

b) Signes de probabilité : apparition pour la première fois de convulsions à un âge relativement avancé, au delà de trois et cinq ans, surtout en l'absence de causes immédiates graves ; réapparition au même âge des convulsions sans causes immédiates chez un ancien convulsif infantile ; venue des convulsions pendant le sommeil ou le réveil ; existence et répétition de prodrômes identiques ; troubles du caractère, de l'humeur ; instabilité psychique et psychomotrice ; irritabilité coléreuse, terreurs nocturnes.

c) Signes de certitude : apparition et retour d'accidents francs ou d'équivalents tels que absences souvent difficiles à mettre en évidence, spasmes, crises statiques, crises procursives. On doit poser comme règle que tout enfant qui a eu des convulsions est menacé d'épilepsie et doit être l'objet d'autant de surveillance que celui qui présente une prédisposition aux accidents de syphilis ou de tuberculose.

II. Les épilepsies de l'âge adulte

Les épilepsies tardives de l'adulte (après 30 ans) sont bien moins fréquentes que celles du jeune âge. On leur reconnaît trois grandes causes : le traumatisme, la puerpéralité et la syphilis.

A) L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE — Le grand nombre des crises convulsives observées pendant la guerre a fait que le terme d'hystéro-épilepsie est encore très employé malgré sa condamnation par Lasègue, Charcot et Pîtres. Ce terme ne sert qu'à dissimuler une insuffisance, une hésitation ou une erreur de diagnostic. Béhague, Pitres et Gauckler, Roussy et Lhermitte, Marchand, ont montré qu'on pouvait rencontrer l'hystérie et l'épilepsie chez un même malade (d'où la nécessité de ne pas conclure après une seule crise), mais ils ont insisté sur le fait qu'en aucun cas l'une ne dérivait de l'autre. Il n'y a pas d'hystéro-épilepsie à crises mixtes. Abandonnant le terme d'hystéro-épilepsie, on devra conclure à l'épilepsie et l'hystérie associées, et, mieux encore, spécifier en termes précis la nature et la forme clinique des manifestations de cette association.

B) L'ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE. — Elle se rencontre évidemment à tout âge, mais trouve surtout sa place nosographique parmi les épilepsies de l'adulte, car celui-ci est plus exposé aux grands traumatismes, en particulier à la suite d'accidents du travail et de blessures de guerre.

L'épilepsie traumatique peut succéder aux traumatismes cranio-cérébraux les plus variables de forme et d'intensité, mais surtout à ceux qui affectent la zône rolandique (80 pour 100 des cas), tandis que ceux qui lèsent le cervelet ne paraissent pas épileptogènes. Aucun pronostic ne peut être porté d'après les signes consécutifs à la blessure ou les données du terrain physio-pathologique. Elle se présente sous une forme *transitoire, aiguë,* généralement contemporaine du traumatisme, ou *tardive,* et alors *durable,* apparaissant généralement 3 à 5 mois après le traumatisme. Cette épilepsie affecte soit le type classique d'épilepsie bravais-jacksonienne (1/3 des cas), répondant surtout à la forme transitoire, soit celui d'épilepsie généralisée (2/3), appartenant plutôt à la forme tardive et durable. Par sa variabilité, l'épilepsie traumatique échappe encore à toute règle évolutive : elle peut guérir spontanément comme elle peut aboutir à l'état de mal ; elle est souvent rebelle au traitement. Elle reste encore un sujet d'actualité, et demande de nouvelles recherches, tant cliniques qu'anatomiques et thérapeutiques, car elle est loin d'être complètement élucidée.

C) L'ÉPILEPSIE PUERPÉRALE. — Trois groupes de faits sont à considérer :

1° *Influence réciproque de l'épilepsie et de la puerpéralité.* — La grossesse peut aggraver l'épilepsie. La proportion des aggravations varie selon les auteurs de 8 à 50 0/0. Cependant l'état de mal, grave ou mortel, a été très rarement observé chez des épileptiques pendant la grossesse. La grossesse peut au contraire améliorer l'épilepsie, en atténuant ou en supprimant (ce qui est plus rare) les crises. La guérison définitive de l'épilepsie par la grossesse reste bien discutable. Enfin, la grossesse peut n'avoir aucune action sur l'épilepsie (25 à 65 des cas suivant les statistiques). En général, l'épilepsie n'a pas d'action défavorable sur la grossesse. Elle ne semble pas prédisposer à l'éclampsie. Les accoucheurs déconseillent l'allaitement, qui peut être dangereux pour l'enfant.

2° *L'épilepsie puerpérale proprement dite.* — On doit réserver cette désignation à toute épilepsie survenue pour la première fois chez une femme jusque-là indemne de tout accident comitial, apparue pendant l'un des trois stades de l'état puerpéral et cela indépendamment de toute manifestation éclamptique vraie. L'épilepsie gravidique est rare ; elle peut disparaître après l'accouchement, récidiver aux grossesses ultérieures ; elle est

le plus souvent durable, rebelle aux médicaments, avec des accès et des complications mentales fréquents. L'épilepsie de l'accouchement est très discutable, celle de la lactation possible. L'épilepsie post-éclamptique, étudiée par P. Marie semble relativement fréquente ; son pronostic paraît moins sombre que celui de l'épilepsie banale. L'infection peut provoquer une épilepsie post-infectieuse puerpérale.

3° *L'éclampsie puerpérale.* — Elle est désormais considérée comme un syndrome épileptique aigu de cause toxique. Après avoir rappelé ses symptômes et son évolution, le rapporteur signale l'impossibilité où nous sommes encore d'établir un pronostic ferme au début ; toute éclampsie, quels que soient ses signes, peut devenir mortelle.

D) L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE. — Le rapporteur étudie et expose dans quelle mesure les conceptions classiques de Fournier ont été confirmées par les observations postérieures.

1° *L'épilepsie ancienne aggravée par la syphilis.* — Aucun travail n'en a apporté la démonstration, ni montré dans quelles conditions et avec quelle fréquence l'action aggravante de la syphilis pouvait s'exercer sur l'épilepsie.

2° *L'épilepsie syphilitique secondaire.* — Considérée comme infiniment rare par Fournier, elle est caractérisée surtout par sa curabilité, facile et définitive par le traitement spécifique. Elle ne s'est manifestée que dans une vingtaine d'observations. De nouvelles recherches sont nécessaires, recherches qui devront s'éclairer de tous les moyens nouveaux d'investigation, afin de déterminer les conditions dans lesquelles elle se montre et, en particulier, ses relations possibles avec les lésions méningées latentes si fréquentes à la période secondaire de la syphilis.

3° *L'épilepsie syphilitique tertiaire.* — Cette forme a acquis en pathologie nerveuse une existence incontestée. Son individualité et sa grande fréquence sont si nettement établies, que les classiques peuvent décrire une forme épileptique de la syphilis cérébrale. Elle ne tire pas son individualité de ses manifestations cliniques personnelles. Ce qui la distingue essentiellement, c'est son association intime avec les autres symptômes qui traduisent l'atteinte des centres nerveux par la syphilis. Ce qui démontre sa véritable nature, c'est sa curabilité par le traitement spécifique, dont l'action efficace se révèle tantôt rapidement, tantôt et le plus souvent après une application patiente et prolongée. Les progrès de la thérapeutique ont d'ailleurs, en multipliant les formes atténuées de la syphilis cérébrale, rendu le diagnostic de ces épilepsies très difficile.

4° *L'épilepsie para-syphilitique.* — D'après elle, apparaîtrait de la 10e à la 20e année après le chancre ; elle ne s'accompagnerait jamais de signes de syphilis cérébrale, elle serait durable et rebelle au traitement spécifique. Si cette variété d'épilepsie existe, ce qui est loin d'être démontré, elle est exceptionnelle.

5° *L'épilepsie post-malariathérapique.* — Elle a été décrite récemment par Leroy, qui lui attribue une fréquence de 1 0/0. M. Abadie en rapporte 3 cas personnels. Elle ne semble pas assimilable aux crises convulsives de la paralysie générale évoluant spontanément. Ce serait pour Leroy et Médakowitch une forme provoquée de l'épilepsie palustre. Le rapporteur émet l'hypothèse que cette épilepsie pourrait être la traduction clinique de la transformation par la malariathérapie du processus diffus de méningo-

encéphalite en un processus plus aigu de syphilis cérébrale de type tertiaire, transformation dont la réalité est démontrée ; l'épilepsie post-malariathérapique ne serait donc qu'une variété d'épilepsie syphilitique provoquée par le traitement.

F) L'ÉPILEPSIE PLEURALE. — C'est surtout dans les irritations pleurales provoquées que l'épilepsie a été observée (ponctions exploratrices, thoracentèses, empyèmes, interventions chirurgicales, pneumothorax). Le rapporteur, après avoir rappelé les différents aspects cliniques de ce syndrome, reprend les arguments des théories réflexes et pleurales et montre que chacune de ces théories pathogéniques correspond à des faits réels.

G) L'ÉPILEPSIE CARDIAQUE. — On entend sous ce terme les manifestations épileptiques qui apparaissent consécutivement à des troubles cardiaques et qui sont conditionnées, directement ou indirectement par eux, et non la coexistence accidentelle chez un même sujet d'épilepsie et de cardiopathie.

1° *L'épilepsie de la bradycardie permanente.* — C'est un des éléments du syndrome de Stokes-Adams ; le rapporteur décrit ses modalités cliniques, son traitement et sa pathogénie ; elle relève de l'ischémie encéphalique par les pauses de contraction ventriculaire ; d'après Lian, la crise épileptique complète serait, dans beaucoup de cas, favorisée par une lésion épileptogène latente. D'autres états bradycardiques peuvent provoquer de telles épilepsies que l'électrocardiogramme explique. Le pronostic de l'épilepsie bradicardique est sombre.

2° *L'épilepsie de l'asystolie.* — On doit mettre en doute son existence comme entité étiologique et clinique. Si elle existe, elle est exceptionnelle. On doit rechercher avec application, sous toute épilepsie apparue à l'occasion d'une défaillance cardiaque, l'existence de lésions cérébrales épileptogènes, dont l'asystolie n'a été que la cause révélatrice.

III. Les épilepsies de la vieillesse

On doit distinguer deux grands groupes, suivant que l'épilepsie apparaît vers la cinquantaine (elle est alors le plus souvent transitoire) ou qu'elle apparaît après 60 ans (elle est alors durable).

A) L'ÉPILEPSIE D'INVOLUTION SEXUELLE. — EPILEPSIE PRÉSÉNILE. — Cette question entre dans le vaste chapitre des rapports de l'épilepsie avec les glandes génitales, et, d'une façon plus générale, avec l'activité des glandes endocrines.

1° *L'épilepsie d'involution sexuelle de la femme. — Epilepsie ménopausique.* — Cette épilepsie ménopausique, dont les crises coïncident le plus souvent avec les périodes menstruelles, persiste pendant toute la durée de la période critique, s'atténue avec les troubles menstruels, pour disparaître enfin complètement, en même temps ou peu après la cessation définitive des règles ; parfois cependant, des accès se produisent encore pendant quelque temps, aux dates correspondant aux menstrues disparues. L'épilepsie peut apparaître aussi après l'arrêt des fonctions génitales, conséquence soit d'affections diverses, soit d'une castration opératoire ou radiothérapique. Pour Marchand comme pour Pagniez, l'épilepsie ne serait en rien maladie à base endocrinienne. Comment expliquer alors l'épilepsie ménopausique ?

2° *L'épilepsie d'involution sexuelle de l'homme.* — Elle paraît très discutable, étant donné l'absence de faits démontrant l'influence des testicules sur l'épilepsie. Cependant, il existe une forme d'épilepsie de la cinquan-

taine, chez l'homme, exceptionnelle il est vrai, qui ressemble à l'épilepsie ménopausique, non seulement par l'âge d'apparition, mais encore par sa forme transitoire et sa tendance à la guérison spontanée. Néanmoins, une étude attentive montre que dans les épilepsies de la cinquantaine, dans les deux sexes, il y a beaucoup plus de cas à tendance chronique et incurables que de formes régressives ; chez ces malades, l'examen complet révèle des signes avant-coureurs d'atteinte viscérale, surtout cardio-vasculaire ; à première vue, on pourrait être tenté de voir là des formes de passage entre l'épilepsie d'involution et l'épilepsie sénile vraie, mais il est sans doute plus juste, en raison de l'influence douteuse des glandes génitales sur l'épilepsie, de considérer l'épilepsie d'involution sexuelle comme la première manifestation d'une épilepsie sénile vraie, dont les variétés transitoires et durables traduiraient seulement les susceptibilités individuelles à réagir par des convulsions. L'épilepsie d'involution sexuelle serait donc plus justement nommée épilepsie présénile.

B) L'ÉPILEPSIE D'INVOLUTION SÉNILE, ÉPILEPSIE SÉNILE VRAIE. — Depuis le rapport de Léri au Congrès des Aliénistes et Neurologistes (1906), peu de travaux ont été consacrés à l'épilepsie sénile. Ce sont les données de ce rapport déjà ancien qui constituent la base de nos connaissances à ce sujet :

L'épilepsie sénile se montre surtout à l'âge de 60 ans, plus fréquente que l'épilepsie de la cinquantaine, de fréquence à peu près égale chez l'homme et chez la femme, elle est beaucoup plus rare que l'épilepsie de l'adulte et surtout que celle du jeune âge.

Certains auteurs ont voulu lui décrire une phase prodrômique spéciale. Cette phase ne traduit en réalité que l'évolution parallèle de troubles cérébraux dus à la sénilité. Le début de l'épilepsie sénile est au contraire brusque. Un accès convulsif survenu sans raison apparente marque son apparition. Une fois constituée, l'épilepsie sénile se distingue avant tout par la présence d'un affaiblissement intellectuel plus rapide que la démence épileptique banale et qui n'est probablement qu'une démence sénile à marche accélérée.

Les lésions, bien étudiées par Léri et Alzheimer, sont inconstantes et lorsqu'elles existent sont trop banales pour avoir une signification intéressante. Enfin, il ne faut pas oublier que dans la vieillesse peuvent se retrouver toutes les causes qui provoquent l'épilepsie à l'âge adulte. Il ne faut pas méconnaître chez un vieillard une épilepsie toxique, une épilepsie traumatique tardive, une épilepsie post-infectieuse, une épilepsie due à une tumeur (méningioblastome rapporté par Masquin en 1927).

La question de l'épilepsie sénile est loin d'être définitivement résolue.

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE, par Ph. PAGNIEZ.

Quelle que soit la façon dont on aborde le problème de la pathogénie de l'épilepsie, on est amené à y reconnaître la mise en jeu de deux facteurs, l'un concernant le système nerveux, l'autre indépendant de celui-ci. Nous savons que la crise s'accompagne et même est précédée, et donc probablement commandée, par un trouble circulatoire important, généralement une vaso-constriction. Les travaux récents ont surtout tendu à dégager la condition, humorale ou autre, qui met en jeu système végétatif et système circulatoire local.

Physiologie pathologique de la crise d'épilepsie

Entre les deux théories, celle de la stase et celle de l'anémie, les faits ont montré que cette dernière était certainement exacte (vaso-constriction constatée au niveau de l'écorce et des vaisseaux pie-mériens, spasme des vaisseaux rétiniens avant et après la crise). Certains auteurs ont constaté au contraire le gonflement du cerveau au moment de la crise. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels. D'ailleurs, on peut se demander si le spasme n'est pas suivi de vaso-dilatation, et si ce n'est pas cette alternance qui est épileptogène.

Nous sommes actuellement incapables de savoir comment agissent ces troubles. On a pu parler d'œdème cellulaire, de perturbation de l'équilibre ionique, de variation du *p*H nerveux, mais tout ceci n'est qu'hypothèse purement gratuite. La théorie de l'inhibition suggérée par Jackson est séduisante et commode à titre d'interprétation provisoire.

Le rapporteur n'étudiera pas le déséquilibre et l'instabilité toute spéciale du système vago-sympathique de l'épileptique (généralement vagotonie), qui est une condition du spasme vasculaire, car cette question est l'objet d'un autre rapport. Il est probable que cette manière d'être du système vago-sympathique n'est elle-même que l'expression d'un autre trouble, glandulaire ou humoral.

Les troubles humoraux

Le métabolisme des corps azotés (urée, acide urique, ammoniaque, corps créatiniques, albuminoses), des lipides et des hydrates de carbone, l'équilibre protéinique du sang ne présentent pas dans l'épilepsie de modifications suffisamment importantes ou constantes pour pouvoir être retenues.

Parmi les éléments minéraux du sang, le calcium a surtout retenu l'attention en raison de son rôle capital dans les troubles de l'excitabilité neuro-musculaire. Les recherches faites sur l'équilibre calcique du sang n'ont donné que des résultats très discordants. D'ailleurs, seul le calcium à l'état ionisé est à considérer ici, ce qui enlève beaucoup d'intérêt à ces dosages. Les variations du calcium ionisé paraissent d'ailleurs indiscutables. Cette question est actuellement remise en discussion, et les chiffres constatés sont à reprendre.

L'attention a été surtout attirée sur les *variations de l'équilibre acido-basique du sang*, et sur certaines anomalies du métabolisme de l'eau, envisagées comme favorisant les crises épileptiques. Des recherches faites sur le sang d'une part, sur les urines de l'autre, ont amené à considérer l'épileptique comme un individu présentant une perturbation fréquente de son équilibre acido-basique dans le sens de l'*alcalose*. Cette manière de voir paraissait avoir trouvé une confirmation remarquable dans les constatations fournies par l'épreuve de l'hyperpnée, et par les résultats donnés par l'emploi thérapeutique du régime cétogène. Mais l'alcalose elle-même de l'épileptique a été remise en question. Dautrebande, à la suite de travaux très rigoureux, a été amené à conclure qu'il n'y a pas d'alcalose dans l'épilepsie, mais que le *p*H des épileptiques, s'il reste bien dans les limites absolues de la moyenne des sujets sains, est exagérément variable d'un jour à l'autre. Cette instabilité, nous la retrouvons également dans le *p*H urinaire. Mais cela n'a rien de pathognomonique (migraines, états anxieux) . .

Métabolisme de l'eau. — Frisch et Walter ont constaté que chez certains sujets, il existait une élévation paroxystique du poids ; Mac Quarrie et

Temple Fay ont établi que le régime déshydraté (400 cc. par jour) diminuait beaucoup la fréquence des crises ; le régime cétogène, le jeûne n'aurait pour ces auteurs d'action anti-convulsivante que par l'intermédiaire de la déshydratation. Des recherches expérimentales concordantes et l'augmentation du nombre des crises après ingestion de boissons abondantes confirment cette conception. La rétention d'eau, plus ou moins établie par ces recherches, aurait pour effet une augmentation importante de la production du liquide céphalo-rachidien et de sa pression. Ces modifications locales seraient d'ailleurs favorisées par les lésions méningées.

Rôle du liquide céphalo-rachidien

Les nombreuses recherches faites sur la composition du liquide céphalo-rachidien ont abouti à des conclusions purement négatives. Pour ce qui est de la pression, il a été fait quelques constatations expérimentales qui permettent de penser à un rôle possible de l'hypertension céphalo-rachidienne. Mais, chez l'homme, l'épileptique est encore un instable au point de vue tentionnel. Tous les observateurs, sauf Leriche, sont d'accord pour admettre qu'*au moment des crises,* la pression est levée. Pour les Américains, il s'agit surtout d'une pression inégalement répartie. Il est encore trop tôt pour émettre une opinion sur ces conceptions et sur les applications thérapeutiques qu'on en fait.

Les troubles endocriniens

On a souvent cherché à établir une corrélation entre l'épilepsie et les troubles des glandes endocrines ; le testicule, le thymus, l'épiphyse, le rein et la rate considérés comme glandes à sécrétion interne, paraissent complètement hors de cause. Les faits qui avaient permis d'incriminer la surrénale n'ont pas été confirmés ; l'action de l'hypophyse n'est pas démontrée et les arguments présentés par Salmon en faveur de l'existence d'un centre épileptogène dans la région di-encéphalique n'entraînent pas toutes les convictions. Le rôle de la thyroïde est nul. Les crises d'épilepsie peuvent être influencées par la fonction ovarienne et cela dans les deux sens, mais le fait que cette influence des glandes génitales sur l'épilepsie est spéciale à la femme, indique que l'on n'a affaire qu'à des conditions accessoires et que la vraie cause du mal comitial ne saurait avoir une origine ovarienne. Quant à l'action des parathyroïdes, si elle a en sa faveur l'existence d'accidents convulsifs mêlés aux accidents tétaniques chez l'animal parathyroïdectomisé et l'association chez l'homme de phénomènes épileptiques et tétaniques, elle n'est démontrée par aucun argument précis. L'épilepsie n'est pas une maladie endocrine, mais le fonctionnement des glandes endocrines peut influencer de façon accessoire l'évolution de l'épilepsie.

Epilepsie et anaphylaxie

On a pu espérer que l'application à l'épilepsie des notions d'anaphylaxie en pathologie générale allait apporter ordre et clarté dans la pathogénie du mal comitial. Il n'en a rien été. On trouve bien dans l'épilepsie un certain nombre d'éléments du choc, mais il y manque la chute de tension, la grande leucopénie, la disparition des plaquettes sanguines, la forte acidose. Par contre, la perte de conscience, essentielle dans l'épilepsie, n'existe pas dans le grand choc anaphylactique.

Nombre de crises d'épilepsie sont précédées à plus ou moins longtemps de phénomènes vasculo-sanguins (crise vasculo-trophique de Bouché et

Hustin) analogues à la crise hémoclasique de Widal, mais sans qu'on en puisse conclure que ces perturbations, qui traduisent l'instabilité vasomotrice du comitial, soient en rapport avec une sensibilisation de l'organisme.

De nombreuses recherches, par la méthode des cuti-réactions et l'étude clinique, que le rapporteur a particulièrement suivie, montrent que parmi les causes occasionnelles susceptibles de provoquer la crise d'épilepsie, peut figurer l'introduction de quelques substances dans l'organisme d'individus sensibilisés, mais que ce n'est là, par rapport à l'épilepsie, qu'une condition accessoire, et une notion pathogénique de complément et de second plan.

Recherches expérimentales

L'expérimentation ne peut chercher à reproduire que certaines manifestations de la maladie. La perte de conscience est à peu près inétudiable expérimentalement. L'étude expérimentale est à peu près limitée à l'épilepsie convulsive, dont les manifestations ont toute la netteté désirable. Cette limitation inévitable a de très gros inconvénients puisqu'elle soustrait à l'analyse toute une série de phénomènes, et des plus importants.

Le rôle du cortex dans la production des convulsions reste prépondérant, mais non exclusif, car si son ablation supprime l'élément clonique des crises, ce n'est que temporairement. Certaines lésions de la base auraient d'après Morgan une action épileptogène spéciale.

Les crises convulsives toxiques ont été l'objet de nombreuses recherches portant sur l'absinthe, la picrotoxine, la cocaïne, le bromure de camphre ; la bulbocapnine, suivant la dose, donne le sommeil, la catatonie ou l'épilepsie ; l'insuline donne des convulsions qui ne sont que contingentes au milieu des accidents d'hypoglycémie. La méthode de Claude et Lejaune, qui consiste à combiner l'épilepsie toxique avec une lésion nerveuse, a été reprise par Dandy et Elman, qui ont montré que les lésions du cerveau diminuaient la dose toxique nécessaire pour obtenir les convulsions et que la dose variait avec la zône lésée ; si la quantité de toxique administrée est petite, le processus convulsif peut se limiter à la région innervée par le centre traumatisé. Ces recherches réalisent l'épilepsie par un mécanisme de totalisation analogue à celui que l'on observe chez les blessés du crâne qui se livrent à des excès alcooliques ; elles permettent de se demander si l'épilepsie essentielle humaine ne relève pas de la mise en jeu d'un mécanisme analogue, en vertu d'une action toxique qui reste à déterminer.

Cette action toxique, depuis longtemps soupçonnée, on a cherché à la mettre en évidence par une analyse biologique des diverses humeurs. L'étude de la toxicité urinaire n'a rien donné. Le rapporteur a observé avec Mouzon et Turpin que l'injection intra-carotidienne de sérum d'épileptique provoquait très souvent chez le cobaye des réactions myocloniques que l'on n'obtient qu'exceptionnellement avec du sérum de non-épileptique ; le sérum recueilli après une crise semble dépourvu de propriétés myoclonisantes ; une délipoïdation partielle, semble-t-il, peut faire disparaître les propriétés toxiques banales du sérum, tout en renforçant son pouvoir myoclonisant. La production de ces myoclonies, qui représentent le premier degré des phénomènes épileptiques, semble montrer qu'il y a dans le sang des malades des produits convulsivants. Ces produits doivent être d'origine albuminoïde, puisque la toxicité disparaît par chauffage à 58°.

Malgré les données nouvelles apportées par tous ces travaux en matière

d'épilepsie expérimentale, on peut dire que rien dans tout ceci n'a égalé les résultats obtenus par Brown-Séquard au cours de ses célèbres recherches sur le cobaye. Ce physiologiste a vu que les cobayes qui ont subi une section du sciatique présentent une zone épileptogène sur le cou du même côté ; le pincement y provoque un mouvement de grattage de la patte postérieure, puis une véritable crise avec perte de conscience et chute, enfin un spasme tonique suivi de mouvements cloniques généralisés. La crise se termine par une phase d'obnubilation, au cours de laquelle l'animal remis sur ses pattes demeure inconscient, la tête un peu inclinée et le regard fixe. Le rapporteur a repris ces expériences, et présente un film d'animaux en crise. Incontestablement, il y a là, sauf le cri et la miction, une reproduction impressionnante de la crise humaine de courte durée, reproduction que dans la règle ne donne pas l'épilepsie expérimentale. Il y a aussi création expérimentale d'une véritable maladie, l'épilepsie en puissance, qu'une minime excitation cutanée transforme en épilepsie en acte. Cette expérience nous montre qu'il peut y avoir épilepsie par lésion nerveuse seulement, sans perturbation humorale. Malheureusement, les faits de zones épileptogènes sont rares en pathologie humaine, si bien que ces acquisitions ne font que compliquer la question déjà si complexe de la pathogénie de l'épilepsie.

Le rapporteur termine son exposé par le bilan actuel de la pathogénie et la physiopathologie de l'épilepsie :

« Le substratum vasculaire de la crise d'épilepsie, longtemps supposé mais non démontré, est maintenant établi. L'épileptique est un sujet d'une instabilité organique remarquable, aussi bien en ce qui concerne les réactions du système organo-végétatif, qu'en ce qui a trait à l'équilibre azoté, au taux de la glycémie, au *p*H sanguin, à la formule leucocytaire, à l'équilibre tensionnel sanguin, à la tension céphalo-rachidienne, etc..., etc... Chez ces instables, les crises sont favorisées par certaines modifications humorales, plus ou moins empêchées par d'autres. Quelques-unes de ces conditions ayant trait surtout à l'équilibre acido-basique, à l'oxygénation, à l'hydratation des tissus, sont maintenant à peu près dégagées. Les crises sont aussi influencées dans leur apparition ou leur disparition par le fonctionnement endocrinien. »

Certes, c'est là un bilan qui n'est pas déficitaire, mais les acquisitons nouvelles ne concernent que des conditions accessoires, celles qui changent l'irritabilité du système nerveux. La cause première de l'instabilité et celle des accès nous échappent encore. Ce facteur essentiel semble au rapporteur devoir être toxique ; mais les progrès de demain pourraient tout aussi bien venir d'une meilleure connaissance du processus nerveux lui-même.

ACQUISITIONS RÉCENTES CONCERNANT LA SYMPTOMATOLOGIE, par M. O. Crouzon.

Exposé des données nouvelles concernant la symptomatologie de l'épilepsie

Phénomènes satellites de l'accès. — Les recherches les plus importantes ont porté sur la pression artérielle et sur les troubles sympathiques. D'après Marchand et Adam, en dehors des accès, la *pression artérielle* minima est généralement normale, tandis que la maxima ne répond à aucune règle ; la

maxima et la minima, la pression différentielle, l'amplitude des oscillations peuvent varier notablement d'un jour à l'autre. Avant l'accès, la pression artérielle ne se modifie pas aussitôt après l'arrêt des mouvements convulsifs, on note une augmentation nette, mais fugace, de la pression systolique et des oscillations ; ces modifications paraissent être produites par l'accès et ne jouent pas un rôle important dans sa pathogénie. D'après les mêmes auteurs, le *réflexe oculo-cardiaque* ne présente pas chez les épileptiques de modifications spéciales et on ne peut pas, en se basant uniquement sur ce réflexe, admettre l'existence d'un état vagotonique accusé, soit en dehors des accès, soit à l'approche des crises. Pour Claude, Tinel et Santenoise, les épileptiques présentent un déséquilibre neuro-végétatif remarquable ; le réflexe est positif, nul ou inversé en dehors des accès ; avant ceux-ci ou avant les absences, on observe souvent l'exagération du réflexe, fait qui a permis plusieurs fois de les prévoir ; pendant l'accès, les auteurs ont noté dans certains cas des signes d'hypertonie du vague ; après l'accès, le réflexe disparaît ou s'inverse.

Manifestations frustes et incomplètes. — Résumé d'une série d'études se rapportant aux vertiges, aux myoclonies, aux épilepsies localisées, aux attaques statiques, à la pycnolepsie, à la cataplexie, aux formes dégradées de l'épilepsie et à ses manifestations frustes, viscérales ou sensorielles.

Parentés de l'épilepsie. — On a rapproché de l'épilepsie un certain nombre de maladies : la migraine, l'asthme, l'urticaire, le syndrome de Raynaud, certains troubles cardiaques, la tétanie, la spasmophilie, etc... Le rapporteur insiste surtout sur les rapports de l'épilepsie et de la migraine ; pour Pasteur Valléry-Radot, il n'y a aucune analogie à établir entre ces deux syndromes et il n'est pas possible d'expliquer l'un par l'autre. Pour Pagniez, il faut mettre à part les migraines dites accompagnées qui ont pour substratum une lésion nerveuse ; si l'on s'en tient à la migraine vraie, elle présente avec l'épilepsie des relations qui sont affirmées par des faits impressionnants et indiscutables.

Diagnostic de l'épilepsie. — Le rapporteur résume les nombreux tests qui ont été proposés pour distinguer l'épilepsie des crises hystériques ou simulées ; il montre leur caractère incertain.

L'évolution du syndrome épilepsie ; l'état de mal. — Le rapporteur étudie la fréquence et la répétition des crises, et les facteurs qui peuvent les influencer (fautes d'hygiène, infections, menstruation) ; il rappelle les recherches de Bouttier, de Toulouse et Marchand sur la symptomatologie de l'état de mal épileptique.

ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par M. O. Crouzon.

Le rapporteur rappelle différents travaux qui démontrent l'efficacité des bromures, du gardénal ou luminal, du rutonal, les recherches qui précisent leur mode d'action et souligne leurs inconvénients possibles ; la méthode d'hyperchloruration de Richet et Toulouse permet, en diminuant la ration de sel à 5 gr. par jour, de réduire la dose de bromure à 2 gr. La médication borée, connue depuis Gowers, était à peu près abandonnée lorsque P. Marie, Crouzon et Bouttier l'étudièrent à nouveau, en utilisant le tartrate borico-potassique (il est très important de s'assurer de la pureté du produit). Sans être aussi actif que le gardénal et le bromure, ce produit donne des résultats très intéressants ; il n'a pas leurs inconvénients et peut les rem-

placer ou leur être associé, quand il y a intolérance en raison des grosses doses nécessaires ; l'association de gardénal et de tartrate permet de n'utiliser que des doses nettement inférieures à celles qui sont indispensables avec ces médications isolées ; il semble moins avantageux d'associer le bromure et le bore, qu'il vaut mieux employer alternativement.

Le rapporteur passe en revue diverses associations médicamenteuses, comme celle du gardénal et de la bellafoline (Marchand), et une série d'autres méthodes telles que la sérothérapie, la calcothérapie, la protéinothérapie et l'opothérapie. Le rapporteur décrit d'une manière détaillée les régimes, en particulier les régimes cétogène et de déshydratation, puis les traitements chirurgical, étiologique et radiothérapique, et enfin la thérapeutique spéciale de l'état de mal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉPILEPSIE, par M. O. Crouzon.

Le rapporteur limite son exposé à celui des lésions anciennes qui déterminent l'épilepsie dite essentielle. D'après Ivan Bertrand et Rives, les altérations architectoniques du cerveau sont fréquentes, les lésions vasculaires constantes ; ces modifications ne font pas partie des altérations séniles, mais il est impossible de déterminer dans quelle mesure elles sont en rapport avec la gravité de l'évolution. Altschul a signalé l'existence d'une chromatolyse avec fibrolyse intense des cellules radiculaires motrices et de nombreux corps amyloïdes. Ces lésions expliqueraient certaines anomalies des réflexes, mais il est possible aussi que la toxicité humorale ait une influence sur ces cellules altérées.

L'épilepsie extrapyramidale a été étudiée par Vimmer, Sterling, Spiller, Guillain et ses élèves, de Villaverde ; il résulte de leurs recherches que si l'on commence à connaître les syndromes moteurs du corps strié et des centres extra-pyramidaux, on a encore peu de précisions sur l'épilepsie extrapyramidale ; les notions acquises sur les syndromes extrapyramidaux permettent d'éclairer le mécanisme des accès, de déterminer les centres et les voies qui interviennent, mais tout le rôle ne peut être laissé au corps strié ; les autopsies ne sont d'ailleurs que peu nombreuses et peu caractéristiques.

Le rapporteur rappelle les arguments rassemblés par Salmon en faveur de l'existence d'un centre végétatif épileptogène.

L'ÉPILEPSIE PSYCHIQUE, par M. J. Abadie.

La mentalité épileptique

La valeur quantitative de la mentalité n'a qu'une importance relative, car l'épilepsie peut se rencontrer avec tous les degrés de l'intelligence ; mais les lésions des centres capables de produire l'épilepsie sont aussi susceptibles de déterminer une perturbation plus ou moins profonde de la croissance psychique.

La *valeur qualitative de la mentalité* est très souvent caractérisée par une formule spéciale d'activité psychique dont la lenteur est le caractère dominant, mais les épileptiques sont loin d'être et de rester tous des bradypsychiques.

Le *caractère épileptique* est fait d'un fond de dépression affective sur lequel se greffent une variabilité extrême de l'humeur et une irritabilité

dissimulée et toujours en puissance ; le caractère épileptique peut se montrer et persister seul, il peut orienter le diagnostic dans les cas frustes, mais son existence n'est pas une règle absolue et beaucoup d'épileptiques, même atteints dans le jeune âge, peuvent acquérir et conserver un caractère sensiblement normal.

Les troubles psychiques de l'accès convulsif

Les troubles psychiques préconvulsifs comprennent les prodromes psychiques et les auras psychiques ; les *troubles paraconvulsifs* consistent essentiellement dans la perte de connaissance ; les *troubles post-convulsifs* ne manquent jamais : sommeil profond, obnubilation, amnésie, état confusionnel.

Les équivalents psychiques ; épilepsie larvée mentale ; épilepsie psychique vraie. — Le rapporteur décrit les *absences,* les *troubles épileptiques du sommeil,* les *impulsions épileptiques* dont la plus fréquente et la mieux connue est l'impulsion à l'homicide, et les *psychoses épileptiques,* discutables et décrites de façons si divergentes qu'il est impossible d'en donner un tableau d'ensemble ; leur diagnostic est souvent très difficile par l'examen clinique seul.

La démence épileptique. — Contrairement aux conceptions classiques, la démence des épileptiques est loin d'être toujours identique à elle-même ; il n'y a pas de démence épileptique, mais des états démentiels chez les épileptiques, dont les manifestations cliniques ressemblent singulièrement aux autres formes de démence.

L'épilepsie consciente et mnésique. — On doit faire, dans l'établissement du diagnostic et des conclusions médico-légales, les plus grandes réserves sur les équivalents impulsifs conscients et mnésiques.

ETAT ACTUEL DES QUESTIONS SOCIALES CONCERNANT L'ÉPILEPSIE, par M. O. Crouzon.

Le rapporteur étudie successivement : 1° la responsabilité de l'épileptique, au cours des crises et en dehors de celles-ci ; 2° la capacité civile des épileptiques ; 3° le mariage ; 4° l'invalidité et l'incapacité de travail ; 5° l'assistance aux épileptiques.

Discussion

M. Courbon. — La crise d'épilepsie peut s'accompagner d'une exhalaison fétide, comme l'avaient signalé Briand et Brochet chez l'homme et comme M. C. l'a constaté chez le chien. La propagation de l'excitation corticale aux noyaux bulbo-médullaires du sympathique invoquée par Langeron pour expliquer l'œdème aigu terminal de certaines crises, en produisant une vaso-dilatation intestinale, pulmonaire et glandulaire, expliquerait peut-être le passage des gaz intestinaux dans le sang et leur émanation par l'haleine et la salive.

M. Donaggio signale un antagonisme entre les réflexes tendineux et les réflexes cutanés dans l'épilepsie essentielle ; les réflexes tendineux diminuent avant la crise et s'exagèrent après ; les réflexes cutanés se comportent inversement ; le phénomène de Boveri apparaît ou s'exagère après le paroxysme moteur. Les lésions cellulaires décrites par Altschul dans la

moelle des épileptiques ne sont que de fausses lésions dues à une mauvaise méthode d'imprégnation argentique.

M. Laruelle insiste sur l'intérêt de l'épreuve d'hyperpnée en neurologie ; elle peut préciser une symptomatologie fruste ou faire apparaître des signes nouveaux. Le signe de Babinski ne se produit qu'au début de l'épreuve, avant les signes de tétanie. Les recherches de Hernu ont d'ailleurs montré qu'il y avait un optimum différent d'alcalose pour les modifications des réflexes et pour la tétanie. Chez les épileptiques, l'hyperpnée fait apparaître des crises dans 16 0/0 des cas ; chez un malade n'ayant que des crises psychiques, cette épreuve a réussi à provoquer pour la première fois une crise motrice.

M. H. Claude rappelle les recherches qu'il a faites sur l'équilibre humoral et le système vago-sympathique des épileptiques ; ces malades sont caractérisés par leur instabilité ; l'épilepsie doit être produite par l'adjonction à cette instabilité d'un élément toxique approprié à la constitution individuelle. M. Claude rapporte un fait qui l'incite à penser qu'il est prudent de tempérer la doctrine de la non-hérédité de l'épilepsie.

M. J. Lépine voit dans l'épilepsie deux éléments : l'aptitude convulsive et la cause provocatrice des convulsions ; il est fréquent d'obtenir des succès en désensibilisant le sujet contre ses propres toxines ; l'élément circulatoire est très important et, chez beaucoup de malades, l'usage prolongé des toniques cardio-vasculaires est la condition nécessaire de l'efficacité des médicaments anti-épileptiques.

M. Lhermitte montre que l'épilepsie striée n'est pas forcément une épilepsie se passant uniquement dans le corps strié, mais peut être une épilepsie produite par une excitation partant de la lésion striée : localiser une lésion n'équivaut pas à localiser une fonction. M. Lhermitte rapporte l'observation d'une malade ayant des crises d'épilepsie bilatérale et dont une artère sylvienne était complètement obturée et, par conséquent, le faisceau pyramidal détruit. D'après les travaux de l'école pharmacodynamique de Vienne, il pense que l'on peut distinguer deux types d'épilepsies : un type cortical cédant au bromure, un type basillaire amélioré par les barbituriques.

M. A. Thomas rapporte une série de faits observés chez l'homme et chez les chiens atteints de gale des orteils qui démontrent l'intervention possible dans l'épilepsie des phénomènes de répercussivité, c'est-à-dire de la répercussion d'excitations périphériques à longue distance sur un organe malade par l'intermédiaire du système nerveux.

M. Barré croit que l'épilepsie hérédo-syphilitique doit être exceptionnelle car il n'a jamais vu de malades guérir par le traitement spécifique ; par contre, l'épilepsie cardiaque existe indiscutablement. Au cours d'une crise à l'occasion d'une trépanation, il a vu le cerveau devenir en quelques secondes « blanc comme plâtre », puis se congestionner fortement. Il importe d'étudier soigneusement le mode de début des crises, même généralisées ; dans un cas où les crises débutaient toujours de la même façon, il a pu faire un diagnostic de côté et l'opération, par le traitement d'une lésion minime du cortex, a amené la guérison.

M. Albert Charpentier n'a retrouvé que très rarement l'hérédité chez les épileptiques ; le signe de Babinski n'est pas constant à l'occasion des crises, mais démontre par sa présence leur organicité.

M. Froment montre que l'on peut observer, pendant la période confuse

de l'épilepsie vraie, des manifestations pithiatiformes ; il ne faut pas, d'autre part, confondre l'épilepsie avec les réactions toniques réflexes de l'émotivité exagérée de certains retardés.

M. PAGNIEZ rappelle qu'on n'observe pas régulièrement le signe de Babinski au début de l'hyperpnée, mais plus souvent un clonus transitoire. Répondant à une suggestion de M. Laruelle, il expose qu'il a essayé l'hyperpnée quotidienne à titre thérapeutique chez les épileptiques ; chez un malade, les crises n'ont pas été modifiées, mais des myoclonies et des décharges motrices ont été très diminuées; il a abandonné ces essais, un malade ayant eu une congestion pulmonaire grave et un pneumothorax par réveil d'une tuberculose latente. Il insiste sur le danger de l'hyperpnée.

COMMUNICATIONS SUR LES ÉPILEPSIES

Inconscience de l'épileptique vis-à-vis de la gravité de ses crises, par M. P. COURBON et Mme FRANCÈS.

L'épilepsie, de par la menace perpétuelle des dangers physiques (mutilations, impotences, morts atroces par chutes) et moraux (attentats, meurtres, crimes plus atroces encore par automatisme inconscient) qu'elle fait peser sur l'individu, semblerait être une cause des plus fréquentes de suicide raisonné. Or, il n'en est rien. De plus, jamais un épileptique ne renonce à l'exercice d'une profession ou d'un sport périlleux qui lui plaisent. Cette inconscience de la gravité de la situation créée par l'état morbide est un caractère de la mentalité commune à la plupart des maladies chroniques.

Quatre cas d'épilepsie d'origine pleuropulmonaire, par MM. P. COSSA et DESTRES (Nice).

Les auteurs rapportent ces quatre observations et montrent que l'origine toxique est probable pour deux, l'origine réflexe pour une, et l'origine traumatique pour la dernière.

Traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique, par M. PUUSEPP (Tartu).

L'auteur donne sa statistique de nombreuses interventions pour épilepsie traumatique ; l'opération n'est indiquée que dans les épilepsies avec lésions corticales localisées, elle est contre-indiquée dans l'épilepsie « essentielle » avec lésions diffuses.

L'épilepsie jacksonienne par vascularite, par MM. RISER, DUCOUDRAY et PLANQUES.

Les auteurs, sur 62 cas d'épilepsie jacksonienne non traumatique de l'adulte ont pu incriminer 28 fois une lésion vasculaire qui n'était syphilitique que dans quatre cas sur dix ; les crises peuvent s'observer avant, pendant ou après la formation du ramollissement : l'épilepsie par vascularité simule parfois une tumeur ; l'hypertension artérielle ne produit d'hypertension du liquide céphalo-rachidien que lorsqu'elle s'accompagne d'hypertension veineuse.

Epilepsie et varices méningées, par M. BRUNSCHWEILER.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade présentant des crises généralisées et des signes de localisation pariétale gauche ; l'opération montra deux énormes varices méningées traversant la région pariétale.

Traitement chirurgical des crises jacksoniennes post-apoplectiques, par MM. JENTZER et DE MORSIER (Genève).

Les auteurs rapportent l'observation d'un hypertendu présentant des crises jacksoniennes et une hémiparésie ; la ventriculographie ayant montré l'amputation d'une corne frontale, l'opération fut pratiquée ; la substance cérébrale était jaunâtre avec une petite hémorragie dure-mérienne ; l'incision du cortex fut suivie de l'issue de liquide séreux et le cerveau s'affaissa; les crises furent supprimées jusqu'à l'apparition d'un deuxième ictus. Les auteurs insistent sur l'importance de l'œdème qui accompagne les foyers vasculaires ; dans ce cas, il explique l'anomalie ventriculo-graphique.

A propos de la thérapeutique de l'épilepsie, par M. MORIN (Strasbourg).

L'auteur montre que les injections de sérum hypertonique donnent des résultats intéressants chez les malades à crises fréquentes ; mais les indications exactes et le mode d'action de ce procédé sont encore indéterminés.

Paludisme et épilepsie, par M. POROT (Alger).

L'auteur discute le pouvoir épileptogène que l'on attribue trop facilement au paludisme ; des accidents convulsifs peuvent s'observer dans le paludisme, mais seulement chez les jeunes sujets et comme dans toutes les pyrexies ; il en existe aussi dans certains accès pernicieux ; mais ces phénomènes commandés par une poussée aiguë de la maladie, disparaissent avec elle. L'épilepsie ne s'observe guère à titre de séquelle durable que lorsque le paludisme a touché le cerveau au-dessous de deux ans et réalisé une véritable encéphalopathie infantile.

Phénomène de Magnus et de Kleyn transitoire du côté malade chez une hémiplégique ancienne au cours d'un état de mal épileptique, par MM. R. GARCIN et LAPLANE.

Les auteurs rapportent cette observation comme contribution à l'étude du mécanisme pathogénique de la crise d'épilepsie ; l'apparition du phénomène de Magnus et de myoclonies rythmées et synchrones dans certains territoires suggère l'intervention de perturbations mésencéphaliques en dehors des phénomènes d'irritation corticale.

L'épilepsie solitaire des tumeurs cérébrales par MM. RISER, DUCOUDRAY et LAPORTE.

Les auteurs rapportent 4 cas de tumeurs différant par leur siège et leur nature, qui ne se sont traduites pendant des années que par des crises jacksoniennes ; le diagnostic est très difficile et les malades souvent considérés comme des syphilitiquse ; l'intervention est d'ailleurs loin de s'imposer lorsque l'épilepsie reste rigoureusement solitaire.

Les convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie, par MM. HEUYER et DUBLINEAU.

Les auteurs exposent la statistique de 475 enfants ayant ou ayant eu des convulsions ; les convulsions de l'enfance, caractérisées par une perte de connaissance et des mouvements tonico-cloniques se compliquent d'épilepsie convulsive dans 29 pour cent des cas, de troubles épileptiques du caractère dans 30 0/0 ; les anciens convulsifs restés absolument indemnes sont en nombre infime. Quand les crises débutent entre 3 et 7 ans, elles sont suivies d'épilepsie motrice ou psychique dans 80 pour 100 des cas ; 61 pour 100 des épileptiques ont eu des convulsions dans l'enfance. Quelle que soit la variété de convulsions en cause, la constatation d'une crise convulsive avec perte de connaissance doit faire réserver le pronostic : à défaut d'épilepsie ultérieure, le rendement psychique est souvent déficient.

Calcification intracérébrale chez un épileptique, par M. SUBIRANA

L'auteur rapporte un cas de calcification intracérébrale qui s'est traduite chez un homme de 23 ans par des crises généralisées surtout toniques et un syndrome pyramidal unilatéral discret ; la ventriculographie a montré que la calcification était indépendante du ventricule et siégeait en avant de la scissure de Rolando, à 3 cm. de profondeur ; le gardénal a supprimé les crises pendant huit mois.

Données expérimentales et cliniques à l'appui d'un centre végétatif épileptogène dans la région di-encéphalique, par M. SALMON (Florence).

L'auteur rappelle une série de faits qui tendent à montrer le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'épilepsie (production de crises par injections dans la région infundibulo-hypophysaire, existence d'épilepsie dans les tumeurs de la région, association aux crises de sommeil et d'hyperthermie) ; les relations de l'hypophyse et des autres glandes endocrines expliquent leur influence sur l'évolution de l'épilepsie ; les liens fonctionnels qui unissent les noyaux diencéphaliques aux centres vaso-moteurs corticaux, thalamiques et bulbaires permettent de comprendre l'apparition des mouvements convulsifs.

Sur le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des accès épileptiques, par M. BOLSI (Turin).

L'auteur a traité des épileptiques par l'acétylcholine en injections ; dans un certain nombre de cas, les crises ont provisoirement disparu ; cette action d'une substance vaso-dilatatrice montre le rôle des spasmes vasculaires ; l'acétyl-choline n'a pas d'action sur les équivalents psychiques, le spasme n'est d'ailleurs qu'un facteur surajouté à une lésion cérébrale.

Hyperkinésie d'allure épileptique. Crises épileptiques simulant la chorée chronique, par M. BRUNSCHWEILER.

L'auteur présente un film de ces types anormaux.

Epilepsie avec hypotension cranienne probable, par M. BRUNSCHWEILER.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 52 ans, comitiale ancienne, qui présentait depuis quelques mois des crises jacksoniennes ; les ponctions lombaires ne ramenaient de liquide que pendant les crises ; lors de l'opération, dès que le volet fut soulevé, le cerveau parut aspiré dans la boîte cranienne ; il s'agit probablement d'une épilepsie par hypotension ; la guérison subsiste depuis deux ans après l'opération.

Note statistique sur l'épilepsie,
par MM. SCHROEDER et JACOBSEN (Copenhague).

Les auteurs montrent par l'étude d'une centaine d'épileptiques ayant subi des examens complets (neurologique, ophtalmologique, otologique et radiographique), combien est réduit le nombre des cas où peut s'appliquer le qualificatif d'épilepsie idiopathique.

Rôle des spasmes vasculaires, des troubles endocriniens et des troubles vago-sympathiques dans la pathogénie de l'épilepsie, par ETIENNE (Nancy).

Les auteurs rapportent une série d'observations cliniques qui mettent en évidence, chez certains épileptiques, l'intervention de spasmes vasculaires conditionnés par un déséquilibre vagosympathique, en rapport souvent avec des troubles endocriniens.

Sur la physiologie pathologique des épilepsies, par M. A. TOURNAY.

L'auteur montre que le comportement variable des réflexes plantaires au cours des crises permet de penser que les accidents épileptiques ne se réalisent pas toujours au même niveau de l'encéphale ; l'instabilité organo-végétative des épileptiques pourrait être parallèle à un dérèglement des seuils d'excitabilité favorisant l'action des processus organiques et des facteurs humoraux générateurs des crises.

Clinique, pathologie et traitement des épilepsies, par M. DIDE.

L'auteur montre que l'épilepsie étant une maladie cyclique, il est normal d'y observer des variations successives des divers facteurs biologiques ; il n'est pas rare d'observer l'alternance de vertiges et de crises convulsives ; il se peut que le labyrinthe lésé soit une zone épileptogène. Les crises en série et l'état de mal sont justiciables des ponctions lombaires répétées qui suppriment la mortalité.

Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire pendant la période interconvulsive, par M. FEDELO NEGRO (Turin).

L'auteur signale que chez les épileptiques, l'éclairage de la pupille produit une contraction bientôt suivie d'une série de dilatations et de contractions qui aboutissent à la mydriase avec rigidité ; dès que la lumière est écartée, la pupille reprend son état normal.

Le procédé d'H. Delagénière dans le traitement de l'épilepsie essentielle, par M. Y. DELAGÉNIÈRE (du Mans).

L'auteur rappelle deux observations publiées il y a 30 ans par H. Delagénière, de traitement de l'épilepsie essentielle par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir, avec de bons résultats ; il pense que l'on doit d'abord traiter l'épine irritative s'il y a lieu, puis lier le sinus et, en cas d'échec, extirper le corpuscule carotidien.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie, par M. LAUWERS (de Coutrai).

L'auteur estime que l'extirpation de la lésion épileptogène est indiquée dans l'épilepsie par tumeur ou par chéloïde traumatique grossière et l'excision des centres épileptogènes primaires ou secondaires lorsqu'il y a un signal symptôme ou une aura systématisée. Dans les autres cas, après échec du traitement médicamenteux, on peut extirper le corpuscule carotidien, intervention efficace lorsque l'épreuve de Barany montre une dissociation entre le temps de latence et la durée de la réaction.

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS DÉJERINE

Rapport sur l'épreuve de l'hyperpnée dans l'épilepsie (*Travail du fonds Déjerine*), par MM. BAUDOUIN et SCHAEFFER.

Les auteurs montrent que la variabilité des résultats positifs obtenus par les divers expérimentateurs (6 à 55 pour 100) ne peut dépendre que de la diversité des malades étudiés ou de la différence des techniques utilisées. Ils ont choisi des épileptiques certains n'ayant des crises ni trop rares, ni trop fréquentes, et, surtout, ils ont adopté une technique précise dont on peut mesurer et graduer les effets ; ils estiment que le meilleur procédé consiste à employer non pas l'hyperpnée volontaire telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'ici, mais une hyperpnée mécanique au moyen d'un appareil qu'ils présentent ; cet appareil permet de faire varier à volonté : 1° le nombre des respirations par minute ; 2° la quantité d'air qui sert à la ventilation ; 3° le rapport des temps d'inspiration et d'expiration.

Ils ont cherché aussi à obtenir des tests précis d'efficacité de l'épreuve d'après les notions acquises par les physiologistes sur l'alcalose gazeuse ; ils ont pu suivre, au cours de l'épreuve, la teneur de l'air alvéolaire en acide carbonique, mesurer avant et pendant l'épreuve la réserve alcaline, rechercher de même le *p*H urinaire et doser l'acide carbonique dans les urines (mesure d'élimination des bicarbonates sous l'influence de l'hyperpnée).

En se plaçant dans ces conditions, qu'ils croient optima, les auteurs n'ont pu provoquer de manifestations comitiales que dans 6 pour 100 des cas examinés.

Classification des tumeurs neuro-ectodermiques primitive de la moelle des racines et de leurs enveloppes (*Travail du fonds Déjerine*), par M. Lucien CORNIL.

L'auteur montre qu'on ne peut actuellement que délimiter des types morphologiques différents sans les superposer aux données cliniques. Il a étudié 80 tumeurs primitives neuro-ectodermiques, mésenchymateuses et tératoïdes ; il ne décrit dans cet exposé que les tumeurs neuro-ectodermiques et leurs variétés intramédullaires, radiculaires et arachnoïdiennes.

1° Les tumeurs intramédullaires (20 cas sur 80) peuvent être constituées par des éléments de la lignée épendymaire et de la lignée gliale, à l'état pur ou associé, présentant un aspect adulte ou un aspect dédifférencié ou indifférencié.

Parmi les épendymomes (9 cas), le rapporteur distingue des épendymocytomes, des épendymoblastomes et des épendymogliomes. Parmi les tumeurs de la lignée gliale (11 cas), les unes sont formées d'éléments adultes : astrocytomes macrocellulaires multifibrillaires, paucifibrillaires ou afibrillaires, astrocytomes micro-cellulaires, oligodendrocytomes (ces deux dernières variétés rentrant dans le cadre du gliome à petites cellules de Roussy, Lhermitte et Cornil) ; les autres sont des tumeurs de type embryonnaire : glioblastomes (dont une variété spéciale est le spongiocytome), spongioblastomes multiformes et neurospongiomes (dont le rapporteur décrit un type spécial, le neurospongiome neuro-épithélial). Les dispositions papillaires unique ou pluri-stratifiées périvasculaires confèrent à ces tumeurs intramédullaires une ressemblance et la possibilité de métastases dans la moelle, les racines et les méninges.

2° Les tumeurs des racines sont des gliomes périphériques développés aux dépens de la gaine de Schwann (19 cas), avec 3 types : nodulaire, fasciculé et réticulé.

3° Les tumeurs arachnoïdiennes ou méningoblastomes d'Oberling (22 cas) se présentent sous trois types parfois convergents : à cellules globuleuses, à disposition syncylialé massive ou lobulée, à cellules fusiformes.

J. TUSQUES.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881). Un pionnier de la Cardiologie et de la Neurologie, par J. D. ROLLESTON. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, London, 15 avril 1931.

La personnalité de Bouillaud doit plaire aux Anglo-Saxons. Il a eu à lutter à ses débuts contre la pauvreté et l'auteur le reconnaît sous les traits d'Horace Bianchon, l'éudiant de la pension Vauquer du *Père Goriot*. Ses travaux ont souvent apporté la lumière sur les problèmes soulevés par l'étude des maladies infectieuses, des affections du cœur et des vaisseaux. Il fournit de nombreuses contributions aux recherches sur les localisations cérébrales, en particulier sur les rapports des circonvolutions antérieures avec le langage articulé et publia de remarquables essais de philosophie médicale. P. CARRETTE.

La physiologie et la pathologie de l'activité nerveuse supérieure, par J. PAVLOW. *Encéphale,* novembre 1931, n° 8, page 682.

Extrait d'un exposé fait par le célèbre physiologiste russe dont on connaît les remarquables travaux sur la physiologie de l'écorce cérébrale. Il faut savoir gré à M. Drabovitch d'avoir si remarquablement traduit la pensée et le langage de J. Pavlow.

On lira avec grand profit les considérations sur les grands processus de l'activité nerveuse normale qui se résument en une équilibration continuelle de l'excitation et de la dépression. La rupture de l'équilibre se traduira par la prédominance de l'une ou de l'autre. La schizophrénie est interprétée comme une forme de l'inhibition corticale. Roger ANGLADE.

Analyse physiologique et clinique des processus d'inhibition, par H. AGADJANIA, ancien Professeur de la Faculté Russe de Varsovie. *Encéphale*, novembre 1931, n° 8, page 689.

L'auteur ne partage pas l'opinion de Pavlow sur la réalité des centres d'inhibition. Il ne croit pas à l'existence des cellules à fonctions unique-

ment déprimantes ; selon lui, les processus d'inhibition doivent être éclairés par la clinique et non par l'expérimentation chez l'animal. Les idées fixes lui paraissent un champ d'études favorable. Celles-ci naissent d'une hypertrophie de l'attention, d'une concentration étroite de la conscience. Il y a tyrannie de certaines pensées avec inhibition simultanée des autres. De même dans les phénomènes psycho-sensoriels, etc...

Ceci dit pour encourager la lecture de cet article fort intéressant.

Roger ANGLADE.

Sur la conception biologique du sommeil, par A. B. JANISEVSKIJ (de Sofia). *Revue neurologique tchèque,* 1931, nº 5-7.

D'après les données biologiques, physiologiques et pharmacologiques, on connaît les rapports du sommeil à la fonction de l'écorce cérébrale et à la fonction des noyaux gris diencéphaliques et mésencéphaliques. Il faut donc distinguer deux espèces du sommeil : le sommeil causé par la disparition des irritations exogènes (inhibition provenant de l'écorce cérébrale) et le sommeil causé par la nécessité endogène (inhibition provenant du diencéphale et du mésencéphale). On peut considérer les deux espèces du sommeil comme un processus d'inhibition au sens de Pavlov, mais le sommeil n'est qu'une inhibition élective chez laquelle une quantité des mécanismes cérébraux (par exemple le parasympathique) se trouvent en une hyperfonction. L'auteur est d'avis qu'il ne faut pas distinguer des centres différents du sommeil et de la veille, mais qu'il s'agit d'un processus d'irritation ou d'inhibition des centres communs du sommeil.

ŠEBEK.

Narcolepsie, par Harry A. CAVE. *Archives of Neurology and Psychiatry,* juillet 1931.

Cette étude s'adresse à toutes les formes du syndrome répondant aux mêmes mécanismes inhibiteurs qui amènent également le sommeil normal, soit au niveau du cortex, soit dans la région du plancher du 3e ventricule. Le syndrome de Gélineau ne répond qu'à un type dit idiopathique parce que d'étiologie inconnue. Souvent la narcolepsie est liée à l'encéphalite épidémique, à l'épilepsie ou à des perturbations endocriniennes.

P. CARRETTE.

La dissociation des mouvements volontaires et émotionnels de la face ; étude spéciale des signes de la paralysie émotionnelle, par I. M. ALLEN. *The Journal of Neurology and Psychopathology,* London, juillet 1931.

L'auteur étudie sous l'appellation de troubles parétiques émotionnels une paralysie faciale uni ou bilatérale atteignant exclusivement la mimique sans diminution de la force des mouvements volontaires : montrer les dents, siffler, etc. Cette dissociation symptomatique impose la conclusion qu'il y a deux ordres de fibres du facial possédant des relais et des connexions centrales différentes. La paralysie émotionnelle peut indiquer une lésion des voies faciales entre le pont et la couche optique, mais la dissociation des mouvements volontaires et émotionnels se rencontre également dans les tumeurs cérébrales, surtout frontales ou temporales.

P. CARRETTE.

L'Alexie et l'Agraphie d'évolution, Etude de six cas, par A. et J. Ley, (de Bruxelles). *Encéphale*, n° 6, juin 1931, p. 429.

L'auteur rapporte six cas d'agraphie et d'alexie observés chez de jeunes enfants âgés de 8 à 14 ans, suffisamment pourvus au point de vue intellectuel.

Dans ces six cas, l'alexie et l'agraphie vont de pair et ont une tendance nette à s'améliorer avec l'âge, ce qui prouve bien qu'il s'agit de troubles évolutifs.

Ces lacunes mentales semblent dépendre d'un défaut de maturation des centres cérébraux intéressés ou d'un retard dans la myélinisation des voies d'association entre les zones visuelles, auditives et le pli courbe. Il importe de ne pas les ignorer, de ne pas considérer les enfants qui les présentent comme des sujets dépourvus d'attention, de volonté et justiciables de sanctions.

Leur traitement consistera surtout à essayer de meubler le cerveau de ces enfants de notions concrètes, accessibles, intéressantes, à développer en lui le goût de l'activité spontanée et surtout à attendre patiemment que la maturation cérébrale ait eu le temps de se parfaire. Roger Anglade.

Alexie et Agnosie, par Paul Ranschburg et E. Schill. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und. Psych.*, Tome CXXXIX (1932), p. 192 à 240.

Il s'agit de la très longue et très minutieuse observation d'un malade observé au point de vue clinique par Schill. P. Ranschburg s'est chargé de l'analyse médico-psychologique à la lumière de ses travaux antérieurs.

Ce malade âgé de 62 ans présenta en 1910 un syndrome aphasique, sans paralysie, mais avec une hémianopsie homonyme droite. Ce malade a été longuement observé et suivi, mais le contrôle anatomique manque. L'analyse clinique fait penser aux auteurs qu'il s'agit d'une lésion intéressant le pli courbe et que l'alexie observée ne doit pas être rapportée à une atteinte du lobule lingual. Ils pensent qu'il s'agit de lésions vasculaires dans les deux territoires de la sylvienne et de la cérébrale postérieure.

L'état mental était dans son ensemble peu altéré. Ses représentations visuelles colorées étaient pauvres. Il retenait mal les détails visuels. Le stock verbal était intact à l'exception de certains domaines où les impressions optiques sont prédominantes.

L'analyse de l'*alexie* révèle qu'il y a eulexie littérale et pseudolexie ou alexie verbale pour l'écriture cursive. On note dans ces épreuves des méprises de lettres, des difficultés de lecture spécifiques pour certaines lettres. Il y a de la persévération, une tendance à prendre la lettre imaginée pour la lettre réelle. Toujours dans la lecture de caractères cursifs, le malade accuse une dissociation remarquable entre la lecture grapho-kinematoptique (en repassant les caractères tracés) et la lecture ordinaire visuo-verbale. La question pouvait se poser de savoir s'il s'agissait d'une véritable lecture cheirokinesthésique (à l'aide des mouvements des doigts) ou d'une lecture ophtalmokinesthésique (à l'aide des mouvements de la musculature des yeux). Le fait que des lettres sont identifiées *en suivant des yeux* leur tracé semble indiquer l'importance des images ophtalmo et céphalokinesthésiques. Quant aux caractères imprimés il existe des troubles analogues. Les images des caractères imprimés ne sont pas perdues, car il décrit très exactement les caractères qu'on lui nomme.

En réalité il existe chez ce malade une certaine agnosie. Au début des

troubles on a noté une achromatognosie nette. Il existe des troubles de la vision spatiale : les relations des figures géométriques ne sont pas perçues, il y a imperfection des localisations spatiales (topodysopsie).

Passant à l'interprétation des faits, les auteurs rapprochent l'alexie de cette agnosie. Ce qui est la cause de cette agnosie (incapacité pour les éléments présentés de se combiner, d'être liés par un effort attentionnel suffisant) l'est aussi de l'alexie. Dès lors il convient de rapprocher ces troubles de la *triade de Balint.* Ce syndrome est constitué par une *ataxie optique* (incapacité d'effectuer des mouvements selon un schème visuel — analogie avec le « signe de la tangente » ou déviation dans l'acte de retracer un cercle) — une *paralysie psychique du regard* (le regard sollicité par les formes simples ne les suit pas) — un *trouble spatial de l'attention visuelle* (qui dans le cas particulier était toujours orientée vers la gauche).

Vient ensuite une tentative fort intéressante pour fournir une théorie générale de tels troubles. Ranschburg essaie d'établir que dans tous les déficits psycho-sensoriels du type cécité psychique ou agnosies acquises ou soi-disant innées (sog. angeborenen Agnosien) le trouble apparaît dès qu'il s'agit de *grouper* des éléments sensoriels. Il rappelle les travaux antérieurs particulièrement sur la lecture des enfants et fait état également des cas de Pötzl, Poppelreuter, Wolpert, Heine, etc., et des 6 cas d' « Alexie et d'Agraphie d'Evolution » de A. et E. Ley (1931). Tout se passerait comme s'il existait une inhibition distributive ou quantitative. Ce serait là le grand facteur d'erreurs de cet ordre chez les enfants et les agnosiques. Pour que le phénomène gnosique se produise il est nécessaire que la conscience placée en présence d'une certaine diversité sensorielle échappe à l'inhibition quantitative de l'énergie nerveuse suffisante pour opérer la synthèse du tout. Or il semble qu'à la répartition de cette énergie préside une sorte de loi d'hydrostatique (l'expression est de nous et non des auteurs). Si bien que dans les cas où il y a rétrécissement de la conscience, diminution générale de la quantité d'énergie, cette inhibition intervient très facilement. L'analyse psychologique met donc en mesure de formuler une hypothèse physiologique. Celle à laquelle les auteurs inclinent est que les conditions physiologiques d'un tel trouble sont des conditions circulatoires (troubles ou insuffisance du débit sanguin) dans les centres. Suivent des considérations sur les erreurs de lecture et d'écriture envisagées comme cas singulier d'applications de la loi d'inhibition qualitative où prédominent dès lors les signes de persévération et d'itération. Les conditions de telles inhibitions qualitatives sont plus difficiles à préciser, disent les auteurs, et les explications mécaniques qu'ils en donnent paraissent un peu trop verbales.

Ce travail entrepris par des cliniciens psychologues aussi avertis à l'aide d'une observation extrêmement minutieuse et prolongée est une très importante contribution à l'étude des troubles agnosiques. Il apparente l'alexie à l'agnosie visuelle jusqu'à confondre l'une dans l'autre. C'est, on le sait, dans ce sens que Pierre Marie et Ch. Foix ont orienté en France l'étude de ce symptôme.

Henri Ey.

Un paragraphe de séméiologie neuro-psychique. Le Syndrome-aparetico-aphasique, par le Professeur Carlo de Sanctis (de Rome). *Rassegna di Studi Studi Psichiatrici,* février 1932.

L'auteur décrit le syndrome aparetico-aphasique, caractérisé par une aphasie associée à un déficit mental évident, sans paralysies motrices. Il

analyse l'anatomie pathologique en rapport avec les symptômes pathologiques et associe ce syndrome au point de vue séméiologique à diverses maladies de l'âge évolutif et involutif dans lesquelles on le rencontre.

Paul Abély.

La question de l'ataxie frontale (un nouveau symptôme du cerveau frontal), par R. Brun (de Zurich). *Zeitschr. f. d. Neur. und Psych.*, Tome CXXXVIII (1932), p. 122 à 130.

Poursuivant ses travaux sur l'ataxie frontale, l'auteur met au point la question actuellement posée de savoir s'il s'agit de phénomènes de compression à distance ou d'une symptomatologie propre au lobe frontal. La meilleure preuve que l'on puisse donner en faveur de la deuxième interprétation des faits est de montrer qu'il existe dans le syndrome ataxie frontale des symptômes caractéristiques. Il y aurait ainsi des *pseudo-ataxies frontales* dans les cas de grosses tumeurs médianes et une *vraie ataxie frontale* dont les symptômes précoces se manifestent au niveau de la jambe du côté opposé et représenteraient de véritables signes locaux du lobe frontal.

Henri Ey.

A propos de la question de la formule végétative dans les psychonévroses, par D. Saric. *Revue neurologique tchèque*, 1931, n° 1.

Chez une malade qui présentait des symptômes psychasthéniques, l'auteur a trouvé, en ce qui concerne la formule végétative, l'hyperexcitabilité du système parasympathique et orthosympathique. Dix-huit mois plus tard, on a noté, chez la même malade, les symptômes typiques de l'hystérie. L'examen du système sympathique a montré une hyperexcitabilité de l'orthosympathique. L'auteur insiste sur le parallélisme entre les symptômes psychiques et la formule végétative au cours des psychonévroses et explique ce parallélisme par la conception de M. Haškovec sur le psychisme sous-cortical.

Šebek.

Sympathicose abdominale, par D. Taddei (de Pise). *La Presse Médicale*, 23 janvier 1932.

Le diagnostic de ce syndrome surtout douloureux, constaté chez des femmes jeunes, asthéniques et amaigries, se fait en somme par élimination des grandes affections abdominales contre lesquelles on a tenté en vain toutes les thérapeutiques médicales et chirurgicales. Cholécystite, appendicite, annexite ont été tour à tour incriminées. Un seul symptôme positif net peut nous guider, l'auteur l'appelle signe de Fantozzi : c'est la douleur à la pression sur l'aorte abdominale et les artères iliaques.

La thérapeutique est aussi réduite que la symptomatologie. Le médecin doit prescrire une bonne hygiène, éviter l'inutile opothérapie et protéger le malade contre le chirurgien en quête de gastro-entérostomie, d'appendicectomie ou de néphropexie. Taddei attribue ce dysfonctionnement sympathique abdominal inférieur, — dont la solarite de Jacquet serait la forme haute, — à une toxémie tuberculeuse légère.

P. Carrette.

Syndrome de la chaine sympathique lombaire ; séminome, par André Thomas et Charles Kudelski. *La Presse Médicale*, 13 janvier 1932.

La tumeur testiculaire à métastases abdominales a évolué cliniquement en quelques mois pour aboutir à une cachexie rapide et à la mort. Les canalicules séminifères ont perdu leur structure normale et sont remplis de gros bourgeons, tandis que le tissu interstitiel a nettement proliféré. L'épididyme est indemne. Les ganglions sont envahis et les néoformations ont atteint les racines et la moelle elle-même ; les vaisseaux sont perdus dans une gangue parfois fibreuse, en d'autres points ramollie ou spongieuse. En de nombreux points, il est impossible de retrouver les éléments de la chaîne sympathique.

Le syndrome sensitivo-moteur témoigne des lésions de la queue de cheval et réalise une myélo-radiculite lombo-sacrée, mais l'intérêt de l'observation réside surtout dans une contribution à l'étude moins classique du syndrome sympathique, caractérisé par la disparition précoce du réflexe pilo-moteur et de la sudation, la constatation de modifications thermiques superficielles, la présence de la raie rouge, les anomalies de l'indice oscillométrique, les troubles trophiques. Tous ces signes ont une valeur clinique considérable par leur topographie délimitée avec une grande précision et leur concordance avec les notions fournies par les expériences récentes des physiologistes.

P. Carrette.

Les douleurs des moignons d'amputation, par René Leriche. *Bulletin de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve et de l'Ecole de Perfectionnement des Médecins de Réserve*, décembre 1931.

Les sections opérées sur une partie quelconque du corps humain touchent obligatoirement certains troncs nerveux. A l'inverse de ce qui se passe pour les autres tissus, les fibres nerveuses subissent un commencement de régénération et s'organisent avec les éléments névrogliques pour constituer un neurogliome dont les éléments sensitifs continuent à transmettre les excitations.

Pour Leriche, les phénomènes douloureux dépendent des conditions de cicatrisation. L'infection, l'organisation défectueuse des lambeaux ne seraient pas les seules circonstances défavorables. La plus importante tiendrait au tempérament même du sujet. Il ne suffit donc pas pour guérir un moignon douloureux de supprimer le névrome, car un autre névrome se formera identique au premier. Et autour de lui un tissu scléreux se développe, irritant les terminaisons nerveuses des tissus voisins, point de départ des troubles réflexes empruntant les voies sympathiques.

L'auteur montre clairement, par l'analyse des phénomènes, les trois sources d'irritation douloureuse : celle des nerfs et qui concerne le membre absent, celle du névrome, celle des réactions scléreuses de voisinage.

Les traitements échouent fréquemment. Les sujets sont alors voués à la morphine ; certains finissent par se suicider. Il ne faut pas réamputer, ni recourir à l'électrothérapie. Dans le type à topographie nerveuse précise, la section du nerf au-dessus du moignon avec suture des deux bouts réussit parfois. En cas d'échec, on peut recourir à la cordotomie ou à la radicotomie postérieure. Les types sympathiques sont justiciables de la sympathectomie périartérielle ou de la ramisection.

P. Carrette.

Le sympathique en gynécologie, par C. A. Castaño et Aníbal Introzzi. *La Semana Médica,* 24 décembre 1931.

La sympathectomie périartérielle de Leriche trouve son application en gynécologie. Certains syndromes douloureux de la fosse pelvienne présentent une exaspération prémenstruelle avec irradiations lombaires et spasmes vaginaux, vésicaux, rectaux et gastro-intestinaux. L'épine irritative siège fréquemment au niveau des filets nerveux ovariens. L'intervention chirurgicale montre qu'il s'agit d'annexite sclérokystique dite essentielle. Le traitement de choix est la résection du plexus vasculo-nerveux utéro-ovarien.

P. Carrette.

Etudes sur le système neurovégétatif dans la tuberculose pulmonaire, par Carillo Laredo et G. de Vega. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades,* 19 et 26 septembre 1931.

Les opinions différentes viennent de ce que l'on a trop considéré la question dans l'espace. En fait, à chaque période de la maladie, correspond un état particulier : neurotonique pendant la période d'allergie ; de dépression sympathique et vagale quand la résistance de l'organisme est en défaut.

P. Carrette.

Un centre végétatif épileptogène existe-t-il dans la région diencéphalique ? par Albert Salmon. *La Presse Médicale,* 6 janvier 1932.

La théorie corticale de l'épilepsie rencontre de nombreuses objections. On connaît des états comitiaux en rapport avec des troubles endocriniens. Ils se traduisent par un syndrome végétatif avec angiospasme cortical initial. L'un des principaux centres végétatifs siège dans les noyaux infundibulo-tubériens, riches en fibres amyéliniques. Leur irritation expérimentale provoque des convulsions chez les animaux et les tumeurs de la région s'accompagnent fréquemment de crises épileptiques. Salmon rappelle les travaux nombreux qui démontrent les relations de l'épilepsie avec les lésions hypophysaires et l'amélioration par le traitement opothérapique ou l'irradiation.

Secondairement, l'excitation sympathique agit également sur la sécrétion des plexus choroïdes et la brusque augmentation du liquide céphalo-rachidien a une influence convulsivante.

P. Carrette.

Convulsions expérimentales, par S. Bernard Wortis. *The American Journal of Psychiatry,* Janvier 1932.

La pathogénie des états convulsifs est variable suivant qu'on s'adresse à une cause chimique ou mécanique. L'auteur passe en revue les procédés expérimentaux aujourd'hui utilisés. Le problème de l'épilepsie est loin d'être résolu. Notons cependant à l'actif des chercheurs : 1. la localisation de mieux en mieux établie de l'activité clonique dans le cortex moteur et des spasmes toniques par irritation des centres sous-corticaux ; 2. la suppression et l'excitation physiologiques de territoires nerveux par des modifications vasculaires pour lesquelles la surrénale et le système sympathique jouent un rôle de première importance.

P. Carrette.

Observations cliniques et expérimentales sur le signe de Babinski, les réactions cardio-vasculaires, les modifications respiratoires et pupillaires au cours des états convulsifs et post-convulsifs de l'épilepsie généralisée et expérimentale, par J. NOTKIN, Helen C. COMBS et F. H. PIKE. *The American Journal of Psychiatry*, Janvier 1932.

Les signes d'excitation de la voie pyramidale existent à peu près constamment chez l'épileptique, tantôt immédiatement après l'attaque, tantôt 2 ou 3 minutes plus tard. Dans 1/4 des cas le Babinski n'a pu être mis en évidence que d'un seul côté. Sa durée n'excède pas 25 minutes.

Les auteurs ont constaté après la crise une période de tachycardie. La pression sanguine subit des variations dans l'un ou l'autre sens. Dans les cas expérimentaux, les poisons convulsivants qui annihilent le système musculaire empêchent l'élévation de la tension. Ce dernier phénomène est dû à l'activité clonique si le contrôle cortical existe ; à l'activité tonique chez l'animal décérébré. Ces conséquences physiologiques ne permettent aucune conclusion sur la valeur étiologique du spasme vasculaire. Les modifications circulatoires sont d'ailleurs liées à des troubles du rythme respiratoire qui se traduit pratiquement par un accroissement notable du métabolisme basal pendant la convulsion.

La dilatation pupillaire et sa rigidité à l'égard du stimulant lumineux au cours des deux phases de la crise provoquée par un convulsivant comme l'absinthe peuvent être modifiées par section préalable du sympathique cervical.

P. CARRETTE.

Les formes conscientes de l'automatisme verbal et leurs analogies avec certaines manifestations de l'automatisme comitial (palilalie, écholalie, échopalilalie aphone), par Gabrielle LÉVY. *La Presse Médicale*, 12 sept. 1931.

Les faits cliniques très curieux groupés par l'auteur prouvent que l'automatisme verbal peut exister à l'état pur, c'est-à-dire indépendamment de tout désordre mental. Les bases anatomiques de l'écholalie, de la palilalie et des perturbations analogues dans le domaine des gestes et de l'écriture sont encore à découvrir. Il n'est pas douteux que leur analyse dans certains syndromes, et dans l'épilepsie en particulier, doit apporter un peu de clarté dans l'étude des troubles de l'expression de la pensée.

P. CARRETTE.

Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée ; délire épileptique, par Roma AMYOT (in *L'Union Médicale du Canada*, février 1932, page 367).

Malade de 31 ans qui aurait été victime en 1931 d'un traumatisme cranien et qui présenta au mois d'août suivant, trois jours avant une crise épileptique convulsive, un épisode d'automatisme ambulatoire suivi de perte de connaissance, sans altération du liquide céphalo-rachidien. Ces accidents sont rapportés par l'auteur à des lésions intracraniennes (suffusions sanguines ou lésions parenchymateuses microscopiques avec cicatrisation névroglique irritative), sans fracture du crâne, en rapport avec le traumatisme cranien qui aurait été suivi pendant une quinzaine de jours de céphalée, bourdonnements d'oreille et hypoacousie.

R. C.

Des Rapports entre l'apparition des accès épileptiques et la période de menstruation, par V. U. Giacanelli. (*Annali dell' Ospedale psychiatrico di Perugia*), Décembre 1931.

L'auteur a étudié les rapports qui pouvaient exister entre l'apparition des règles et celle des accès épileptiques. Il présente à ce sujet vingt observations et aboutit aux conclusions suivantes :

1° C'est à la période immédiatement pré-menstruelle que correspond le plus grand nombre d'accès.

2° Pendant de longues périodes d'aménorrhée le nombre des accès diminue. Selon l'auteur, cela existe lorsqu'il s'agit seulement d'un désordre partiel des fonctions ovariennes, désordre qui affecte seulement quelques-unes des sécrétions internes et en particulier l'hormone folliculaire. En revanche, l'altération totale des fonctions ovariennes, la castration par exemple, favorise l'apparition de produits toxiques et aggrave considérablement les crises d'épilepsie.

3° On doit attribuer l'augmentation du nombre des crises d'épilepsie pendant la période prémenstruelle et menstruelle, à l'influence de la folliculine, qui diminue les sels de calcium et de ce fait rend l'organisme moins résistant aux produits toxiques d'origine endocrinienne et spécialement d'origine thyroïdienne.

4° Au point de vue médico-légal, il y a lieu de tenir compte de l'influence de la période menstruelle sur les réactions antisociales épileptiques qui se produisent à cette époque.

Paul Abély.

La fosse postérieure dans l'épilepsie, par George W. Swift. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, décembre 1931.

Dans dix cas d'épilepsie observés par l'auteur, la région occipitale présentait des anomalies assez importantes pour réaliser les conditions favorisantes d'un syndrome d'irritation cérébrale. L'os était aminci, les sinus de la dure-mère insuffisants ou dilatés. Le plus souvent il s'agissait d'anomalies des sinus sygmoïdes et transverses, origine de troubles de la circulation de retour, d'hypertension du liquide céphalo-rachidien et de dilatation ventriculaire. Des tentatives heureuses d'intervention chirurgicale ont pu dériver l'influx veineux dans la moitié des cas et faire cesser les crises.

P. Carrette.

Deux cas de tétanie parathyroïdoprive combinée à l'épilepsie, par Einar Geert-Jorgensen. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. I et II, 1932.

L'épilepsie et la tétanie sont considérées par certains auteurs comme deux formes d'un même processus pathologique. L'épilepsie serait une tétanie centrale par angiospasmes encéphaliques. Geert-Jorgensen montre les différences fondamentales qui existent entre ces deux ordres de manifestations convulsives en opposant leurs constantes biologiques. Pour lui les erreurs d'interprétations proviendraient de la négligence du facteur constitutionnel. Epilepsie et tétanie ne doivent pas être considérées comme des maladies spéciales ; elles ne sont que des modes de réactions de l'organisme contre des excitations morbides.

P. Carrette.

Syndrome d'hypertension intracranienne. La méningite dite « séreuse » par Jean SAUCIER (in *L'Union Médicale du Canada*, février 1932).

Observation d'un syndrome d'hypertension intracranienne avec deux pertes de connaissance, signes ébauchés et fugaces de localisation frontale gauche, syndrome disparu après décompression par deux ponctions lombaires. Estimant que le diagnostic de méningite séreuse « est surtout une couverture d'indécision devant un cas complexe », l'auteur conclut que l'avenir confirmera probablement le bien fondé de ses réserves sur l'existence d'une tumeur sous-jacente.

R. C.

Transformations psychosiques du syndrome mental chez des paralytiques généraux malarisés, par Antonio BARBEAU, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montréal (in *L'Union Médicale du Canada*, février 1932, p. 266).

Les transformations du syndrome mental chez les paralytiques généraux offrent un intérêt doctrinal et pratique. L'auteur en rapporte trois cas personnels : l'un de forme hallucinatoire, le second de forme interprétative et revendicatrice, le troisième à type de démence précoce. Les deux premières observations semblent venir à l'appui de cette opinion que la malariathérapie écourtée prédisposerait à ces troubles. L'auteur a tendance à rapprocher la troisième observation, dans laquelle le facteur constitutionnel est mis en lumière, des psychoses post-malariques proprement dites. Il conclut d'ailleurs que ces faits ne sauraient servir d'argument contre la pratique de la malariathérapie.

R. C.

Sur 57 cas de tumeurs cérébrales non diagnostiquées (Considérations sur la symptomatologie des tumeurs cérébrales), par Bernhard BADT (Hambourg). *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.* (1932).

Pendant 10 ans, l'auteur a examiné systématiquement 2.054 cerveaux. Il a pu ainsi trouver à l'autopsie 57 tumeurs méconnues (dont 18 méningiomes, 17 gliomes, 13 tumeurs métastatiques, 1 tumeur de l'hypophyse, 1 tuberculome protubérantiel, etc.). On retrouve dans l'histoire clinique de ces malades un début brusque avec accès épileptiformes. Il s'agit de malades âgés (11 entre 50 et 60 ans, 21 entre 60 et 70, 15 entre 70 et 80, 3 entre 80 et 90). Il n'existait pas dans la plupart des cas de stase papillaire. Douze de ces malades ont été considérés comme des paralytiques généraux. En effet, pour l'auteur, il est évident que dans quelques cas il existait un signe d'Argyll complet sans aucune spécificité. Neuf de ces malades ne présentaient aucun trouble psychique. Les autres manifestaient des troubles mentaux divers (7 délires, 2 états hallucinatoires, 6 états confusionnels, 6 états d'affaiblissement, 8 cas avec simple obtusion, 13 cas avec états d'excitation ou de dépression). L'examen du liquide céphalo-rachidien chez ces malades se révélait normal dans 4 cas. Dans un seul cas la tension était un peu élevée. Dans 4 cas il y avait hyperleucocytose et hyperalbuminose légères. Dans 4 cas formule type paralytique. Dans 7 cas type albuminose sans leucocytes.

Henri EY.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société Médico-Psychologique ne tiendra séance ni au mois d'août, ni au mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 24 octobre 1932,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 novembre 1932,* à 9 heures 1/2 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 28 novembre 1932,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie.

M. le D[r] David NICOLSON, Lord Chancellor's Visitor, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D[r] Séraphin COSSA, médecin-chef honoraire des Asiles publics d'aliénés, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Légion d'honneur.

Sont nommés au grade de *Chevalier de la Légion d'Honneur :*

M. le D[r] RODIET, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D[r] SANGLAR, directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. GÉVAUDAN, directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Dury-lès-Asnières (Somme).

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique. (*Médaille d'Or*) :

M. le Dr Corcket, médecin-chef de service à l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, à Caen ;

M. le Dr Henri Baruk, médecin-chef de service à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).

Médaille de l'Education physique. (*Médaille d'Or*) :

M. le Dr M. Olivier, maire de Blois, médecin-directeur de la Maison départementale de Blois.

Nomination.

M. le Dr Meignant, médecin des Asiles publics d'aliénés, est chargé provisoirement du service des enfants anormaux à l'Hospice J.-B. Thiéry, de Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

INAUGURATION DE LA BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE DE L'ASILE SAINTE-ANNE

Le 29 juin, à 11 heures, une cérémonie intime réunissait dans la nouvelle salle de la Bibliothèque, autour de M. Hédin, Directeur de l'Asile, M. Michaut, Chef de service de l'Assistance Départementale à la Préfecture de la Seine, M. le Professeur H. Claude, M. le Professeur agrégé Lévy-Valensi, tous les médecins-chefs de service de l'Asile, M. René Charpentier, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique et Président de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine.

Tous ont applaudi à la belle installation d'une bibliothèque psychiatrique appelée à rendre de très grands services à tous les médecins qui voudront y travailler. MM. Michaut et Hédin ont souligné les efforts du Conseil général qui, par l'octroi de crédits — malheureusement encore insuffisants — ont permis la réalisation et la mise au point de cet instrument de travail indispensable. M. le Professeur H. Claude a félicité les organisateurs de la Bibliothèque et a montré tout l'intérêt d'une telle entreprise de centralisation. M. René Charpentier s'est associé aux éloges de tous à M. Hédin, Directeur de l'Asile, à M. le Dr Capgras et à son actif auxiliaire, le Dr Masquin, auxquels revient le mérite d'avoir su organiser, classer et enrichir une collection de livres et de revues qui fera bientôt de cette nouvelle bibliothèque une des plus importantes de la spécialité.

Il y a là une tentative très louable et fort bien commencée pour faire de *l'Asile Sainte-Anne* ce qu'il est destiné à être par sa tradition et sa situation : un centre d'études pour tous les psychiatres. Henri Ey.

LA NOUVELLE LÉGISLATION ESPAGNOLE SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

L'Espagne a fait, en ces derniers temps, de grands efforts en vue d'adapter ses institutions d'assistance aux psychopathes aux principes qui se dégagent de la science psychiatrique moderne.

La nouvelle législation se fonde sur le décret du 3 juin 1931 qui vient

d'être modifié par un décret plus récent, daté du 1er juin dernier. Compte tenu des modifications opérées par ce dernier décret, le régime de l'assistance aux psychopathes se présente, en Espagne, de la façon suivante :

Les établissements.

Les établissements, publics ou privés, sont soumis à l'approbation et au contrôle du ministère de l'intérieur. On distingue nettement entre les établissements fermés, destinés à l'internement et à l'isolement, et les établissements ouverts, ayant un caractère de dispensaire et aptes seulement à un isolement volontaire, c'est-à-dire expressément demandé par le malade lui-même. En principe, la loi préconise les établissements mixtes.

Dans chaque capitale de province, si l'établissement psychiatrique existant est hors de la ville, au moins un dispensaire psychiatrique doit être établi.

Il est constitué, près la direction générale de la santé publique, une section psychiatrique chargée de surveiller et de contrôler tout ce qui regarde l'assistance aux aliénés. Au moins une fois par an, chaque établissement psychiatrique doit être inspecté, l'inspecteur, parmi d'autres fonctions, recueillant les plaintes des malades et du personnel.

Des patronats provinciaux s'occupent des malades sortants, les assistent dans le milieu familial et les aident dans leur carrière professionnelle.

L'isolement et l'internement. L'Admission.

Les malades peuvent être admis dans les établissements psychiatriques soit sur leur propre demande, soit sur une indication médicale, soit enfin par ordre des autorités publiques.

L' « admission volontaire » suppose le consentement exprès et écrit du malade.

L'admission d'un aliéné par indication médicale (admission involontaire) ne peut avoir qu'un caractère de « mesure thérapeutique » et ne peut avoir, en aucun cas, celui de privation de liberté de nature correctionnelle.

En cas d'internement, aucun moyen coercitif physique ne peut être appliqué sinon sur ordre exprès du médecin.

Pour l'admission par indication médicale il faut, en premier lieu, un certificat médical établi par un praticien, certificat motivé par des considérations cliniques, mais sans qu'il soit nécessaire que le praticien conclue à un diagnostic clinique. La loi définit, par ailleurs, les degrés de parenté qui créent incompatibilité pour le médecin établissant ce certificat, tant par rapport au malade et à sa famille, que par rapport aux médecins de l'établissement dans lequel le malade doit être admis.

Une déclaration signée du parent le plus proche ou du représentant légal du malade et demandant expressément l'internement du malade est la seconde pièce indispensable pour l'admission.

L'admission doit être faite dans les dix jours qui suivent la date du certificat médical.

Le malade une fois admis dans l'établissement, le médecin-chef doit en donner avis au gouverneur de la province dans les vingt-quatre heures. Le gouverneur délègue, dans les huit jours qui suivent, un fonctionnaire médical en vue d'une visite de reconnaissance de l'identité du malade.

Egalement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission du malade, le médecin-chef communique au tribunal du lieu l'état civil du malade.

En cas d'urgence, le malade peut être admis immédiatement sous la res-

ponsabilité du médecin-chef de l'établissement. Dans les vingt-quatre heures, le médecin-chef avise le gouverneur de l'admission opérée, soit en délivrant lui-même un certificat (et en ce cas-là, dans le délai de trois jours un certificat signé du nom d'un psychiatre étranger à l'établissement doit confirmer le certificat du médecin-chef), soit en envoyant le certificat du médecin qui a demandé l'admission d'urgence, le médecin-chef restant, bien entendu, dans ce cas, aussi responsable de l'admission.

Les aliénés indigents ou sans famille sont reçus sans délai selon le procédé d'urgence.

A l'admission par indication médicale s'oppose l'admission coercitive par ordre des autorités publiques. Nous n'insisterons pas sur les questions de procédure très spéciales qui se posent à ce propos, mais il convient d'insister sur ce fait que l'internement par les autorités peut être demandé par tout citoyen majeur contre toute personne dangereuse pour l'ordre public ou le bien et la vie d'autrui.

L'initiative d'internement étant prise par une personne privée quelconque, on institue le procédé d'urgence, le malade pouvant être interné sur avis médical préalable donné sur la demande des autorités compétentes. Autrement dit, toute personne majeure peut déclencher non pas l'internement, mais la procédure d'urgence d'internement si l'aliéné paraît menacer la paix et la sécurité publiques.

Reste enfin l'isolement des aliénés en milieu familial ou en établissement privé. Le médecin doit, ici, avertir le gouverneur dans les deux jours qui suivent, si toutes les mesures de sûreté ont été prises. La famille ou le représentant légal du malade reste responsable de tous les préjudices et dommages que le malade pourrait causer par suite de l'insuffisance des mesures d'isolement.

Qu'il s'agisse d'internement par indication médicale ou par ordre des autorités publiques, le médecin-chef, au bout de six mois, informe le tribunal de l'état du malade.

Sortie et congés.

Les malades seront autorisés à quitter l'établissement en cas d'isolement volontaire sur leur propre demande, en cas d'internement pour raison médicale ou par ordre public à la cessation de l'indication médicale de l'internement, enfin dans tous les cas, si la famille ou le représentant légal du malade signe une déclaration aux termes de laquelle la libération du malade a été faite sous leur propre responsabilité, à l'encontre de l'avis du médecin-chef de l'établissement.

Si à la demande de libération de la famille s'opposent non seulement des raisons d'ordre médical mais aussi la crainte de danger public, le médecin-chef peut s'opposer à cette demande et dans ce cas la décision dépend du gouverneur de la province.

En somme, la famille ou le représentant légal du malade peuvent ramener le malade interné à tout moment, malgré toute indication médicale. Si le malade est dangereux, la décision revient au gouverneur de la province. Dans les deux cas, le médecin se borne à donner son avis.

Quand le malade quitte l'établissement, le médecin-chef communique au tribunal le domicile du malade et les conditions de sa sortie. Un malade ayant quitté un établissement psychiatrique n'y peut être admis qu'aux mêmes conditions de sa première admission, sans aucune dispense de formalité pour la famille ni pour l'établissement.

Une disposition particulière de la loi espagnole consiste dans l'octroi, à titre d'essai, d'une liberté conditionnelle ne pouvant pas dépasser trois mois, en cas exceptionnel deux ans, sur l'avis du médecin-chef. Les malades en liberté conditionnelle peuvent être réadmis dans l'établissement sans aucune formalité. Pendant ces congés d'essai, la famille doit envoyer au médecin-chef un compte rendu mensuel sur l'état du malade.

Le gouverneur de la province ou la direction générale de la santé publique décident des questions litigieuses pouvant résulter de la libération, définitive ou conditionnelle, du malade. *Le Siècle Médical.*

LA STÉRILISATION DES DÉGÉNÉRÉS

Après un an de travaux préparatoires, un Comité désigné par la *British Medical Association,* vient de communiquer les résultats d'une enquête sur *l'hérédité des tares mentales et leur prévention par la stérilisation artificielle.*

D'après le *Siècle Médical* (15 juillet 1932), ces résultats sont les suivants :

L'hérédité joue un rôle important dans la genèse des tares mentales, mais pour en connaître la part, d'autres recherches restent encore à accomplir. Pour faciliter ces recherches ultérieures, le comité recommande que dans les registres de l'état civil une rubrique spéciale mentionne le degré de parenté familiale ou de race des deux époux lors de la conclusion du mariage civil.

Quant au diagnostic des tares mentales, le comité aurait émis une considération de principe très générale.

« Il n'y a pas de ligne de démarcation franche et nette entre l'idiotie la plus caractérisée et le génie le plus grand, tous ces degrés se confondent par d'imperceptibles nuances intermédiaires. Il n'y a donc pas de critérium bien tranché permettant d'assigner aux cas limites une place en deçà ou au delà d'une ligne frontière non existante. »

Les tares mentales étant « essentiellement incurables », la stérilisation a été préconisée.

Mais le comité estime que les tarés de l'esprit eux-mêmes ne sont pas les seuls « porteurs » de germe taré, qu'ils ne sont pas les seuls à donner une progéniture tarée. Les sujets normaux engendrent aussi souvent des tarés. Pour cette raison, « la stérilisation même largement appliquée aux tarés mentaux avérés n'amènerait pas une réduction sensible du nombre des tarés parmi les générations à venir ».

Le comité considère en outre que les tarés mentaux ne sont pas aussi prolifiques qu'on le prétend en général et que leur taux de fécondité n'excède pas celui des normaux dans une mesure alarmante.

Le comité conclut donc que la stérilisation doit être limitée aux cas, bien peu nombreux, où le principal danger, la propagation, est à craindre de la part d'un taré qui peut continuer à vivre dans la société.

Pour que la stérilisation soit utile, il faut que ces deux conditions soient réunies. *Le Siècle Médical.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 44.774

Tome II. — N° 3 Octobre 1932

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

HALLUCINATIONS, PSEUDO-HALLUCINATIONS ET OBSESSIONS



PAR

Henri CLAUDE et Henri EY

Nous avons, dans nos précédents travaux (1) tenté de restaurer la définition ancienne de l'hallucination (*conviction intime de percevoir un objet absent*), nous avons ensuite montré que parmi les théories neurologiques, celles qui se réclament d'une physiologie cérébrale périmée (théorie de l'épilepsie sensorielle de Tamburini) étaient incapables de nous rendre compte du fait proprement hallucinatoire. Nous avons, à ce propos, insisté sur ce fait que, dans les états cérébraux pathologiques, l'hallucination ne se produit qu'à la faveur d'un trouble important de la conscience et de la pensée. Nous avons été ainsi conduits à isoler une entité clinique importante, *l'hallucinose* ou « hallucination » reconnue comme telle (c'est-à-dire une fausse hallucination).

Nous devons maintenant poursuivre l'étude des autres *pseudo-hallucinations* et essayer de pénétrer un peu plus dans l'intimité

(1) Claude et Ey. — Evolution des idées sur l'Hallucination. *Encéphale,* mai 1932.

Claude et Ey. — Hallucinose et Hallucination. Les théories neurologiques des troubles psycho-sensoriels. *Encéphale,* juillet 1932.

du phénomène hallucinatoire lui-même. C'est aux états névrotiques que nous nous adresserons, et en particulier aux états obsessionnels, ne faisant qu'une courte allusion aux phénomènes psychosensoriels hystériques.

Les études sur les monomanies (Esquirol) (1), les folies lucides (Trélat) ont très rapidement conduit à cette idée que l'obsession laisse intacte l'activité de l'esprit, se produit « à froid ». Nous avons déjà vu que l'hallucination n'avait pas tardé à s'orienter dans la même voie. Si bien que l'une et l'autre se confondent dans la notion actuellement commune de fait xénopathique (2). Ceci nous explique la quasi-identité des discussions sur l'obsession entre Westphal, Morel, Kraft-Ebing, Pitres et Régis, etc., et celles d'aujourd'hui sur l'automatisme hallucinatoire (de Clérambault, Ceillier). Ceci nous explique encore que depuis l'assimilation plus ou moins explicite des phénomènes hallucinatoires aux phénomènes obsessionnels, les études sur l'obsession se soient arrêtées. Le dernier ouvrage important écrit en France sur le sujet est de 1902 (Pitres et Régis) et en Allemagne de 1904 (Loewenfeld). Seuls, ont continué à s'occuper des états obsessionnels ceux-là qui ne considèrent pas que hallucination et obsession se confondent dans le fait xénopathique, lui-même « expliqué » par la théorie mécanique cérébrale : ce sont, d'une part, Pierre Janet, et, d'autre part, les psychanalystes.

Pour nous, après avoir délimité rigoureusement le champ de l'hallucination proprement dite, qui est celui de la projection objective et non de la xénopathie, l'étude du vaste domaine des pseudo-hallucinations nous conduit maintenant à celle des états obsessionnels, dans la mesure même où nous ne nous confondons pas ces pseudo-hallucinations avec le fait hallucinatoire.

Quand le sujet est dupe de ses troubles psycho-sensoriels au point de croire à la réalité de sa perception (hallucination vraie), il s'agit en effet d'un symptôme bien différent de celui — bien plus fréquent — que présente un malade qui se plaint d'être por-

(1) Il importe, pour saisir la portée exacte des notions actuelles, de rappeler celles dont elles dérivent. L'idée de *monomanie* n'a pas visé tout d'abord les *délires partiels* mais les troubles mentaux *sans délire* (Pinel, Esquirol). Falret au contraire et Georget ont basé la notion de monomanie sur celle de délire partiel de folie raisonnante. Dans la fameuse discussion de 1866 sur les Folies raisonnantes, Jules Falret considérait que l'obsession est un « délire partiel ».

(2) Ceci est évident lorsqu'on lit par exemple la thèse de Lelong sur le « Problème des Hallucinations ». C'est dans ce sens également que Gordon a écrit (1922) : « Lorsqu'on considère les hallucinations en dehors des Psychoses, l'on est tenté d'envisager le désordre au point de vue des obsessions. »

teur de quelque chose d'étrange qui ne lui appartient pas : c'est cet aspect obsédant des pseudo-hallucinations que nous envisagerons dans ce travail. Cela est nécessaire pour l'étude ultérieure des états délirants dits « hallucinatoires » où, nous semble-t-il, l'hallucination est peu et la pseudo-hallucination presque tout (1).

Nous avons vu que les théories de l'excitation mécanique ne pouvaient pas expliquer l'hallucination authentique. Or, nous venons de dire que, dans l'ordre des délires — qui nous intéresse avant tout — ce phénomène est exceptionnel. Dès lors, de telles théories ne seraient-elles pas fondées à revendiquer tout le domaine des pseudo-hallucinations xénopathiques, parasites et obsédantes, quoique non hallucinatoires ? C'est ce point essentiel que nous envisagerons.

Nous nous proposons donc : 1° d'étudier, en fonction de leurs relations avec les états obsédants, les états hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires ; 2° jusqu'à quel point les phénomènes obsédants pseudo-hallucinatoires sont réductibles à une interprétation mécanique ; 3° le passage de tels états obsessionnels à l'hallucination vraie.

I. Etude psycho-clinique des phénomènes obsessionnels et pseudo-hallucinatoires

En pathologie mentale, le fait « pathologique » apparait toujours comme un phénomène *subi* par le sujet (dont le sujet n'est pas « responsable »). Mais ces actes, ces idées, ces sentiments « automatiques » qui constituent les symptômes psychopatiques ne sont pas toujours reconnus comme tels par le sujet. Un délirant, un halluciné sont entièrement dupes de leur *délire*. Il y a un écart considérable entre un phénomène éprouvé par le malade comme le résultat d'une force irrésistible, absurde et étrangère qui s'empare de lui et un phénomène qui *n'apparaît tel qu'aux yeux du médecin* (2). Cela n'a pas empêché la confusion dont nous parlions tout à l'heure et que nous avons dénon-

(1) Cet article était entièrement rédigé lorsque, grâce à l'amabilité de M. Schröder, nous avons pu lire son article « Fremdenken und Fremdhandeln » (1928). Nous avons pu nous convaincre et nous réjouir de l'identité de nos points de vue en cette matière. Il insiste en effet lui aussi sur le côté obsessionnel de ces états fondés sur un sentiment foncier d'influence ou d'action extérieure.

(2) Nous verrons qu'il est indispensable, *dans l'interprétation correcte des faits*, de tenir compte d'un écart inverse, celui qu'il y a entre un parasitisme effectif et *celui qui n'apparaît tel qu'aux yeux du malade.*

cée d'ailleurs, entre le phénomène xénopathique » et le phénomène hallucinatoire. Si donc nous voulons distinguer ces deux groupes de faits au point de vue séméiologique psychiatrique, nous devons attribuer une grande importance à ce qui est éprouvé par le sujet lui-même. Nous verrons ensuite jusqu'à quel point la théorie doit coïncider avec les dires, le témoignage séméiologique du malade.

Certains sujets sont *dominés* par des sentiments, des idées qui polarisent entièrement leur pensée et leur conduite : c'est le cas du délirant paranoïaque revendicateur, du passionné (qui allègue toujours, quand il devient criminel, l'obsession !), du mélancolique : nous ne parlons pas dans ces cas d'obsessions — quelquefois seulement *d'idée ou de sentiment obsédant.* L'obsession commence avec l'impression qu'a le sujet d'être *forcé, violenté* dans *sa* pensée ou *sa* conduite. *L'élément de contrainte y est essentiel.* Mais voyons les choses, pour ainsi dire, par l'autre bout : lorsque nous éternuons, que nous avons envie d'éternuer, il s'agit là aussi d'un acte forcé auquel nous n'échappons que bien difficilement, mais nous ne disons pas là non plus qu'il y a obsession. Pour qu'il y ait obsession, il faut que le sujet se sente entraîné malgré lui sans doute, mais aussi avec le sentiment d'une certaine complicité, d'une certaine responsabilité. *Le caractère de lutte* (1) *est également essentiel.*

L'obsédé est forcé dans sa volonté. « C'est absurde, dit-il, il faut qu'après chaque mot je dise « maudit »..., il faut que je me lave les mains..., il faut que je pense tout le temps que je suis un pédéraste... ». Parfois, il est vrai, ce n'est pas « *il faut que je* » qui est la formule,, c'est « *il va m'arriver* », mais ce qui doit arriver (la contagion qu'il va provoquer, le malheur qu'il va faire) c'est toujours quelque chose dont il va être l'auteur plus ou moins direct.

Il y a donc dans la notion d'obsession un sentiment d'angoisse foncier sur lequel, depuis Morel, presque tous les auteurs ont insisté, et cette angoisse porte sur la contrainte que ces malades éprouvent de commettre une action, d'avoir une idée, mauvaises ou absurdes.

(1) M. Hartenberg a contesté que l'élément de lutte soit fondamental. Pour lui, l'essentiel est l'idée *dominante persistante.* Nous pensons que l'analyse de toute obsession « active, », même celle du doute, la réduit toujours à un sentiment de responsabilité, à un *débat de conscience.* Mais nous pensons que M. Hartenberg a raison dans la mesure même où tous les phénomènes appelés abusivement obsessions ne sont pas réductibles à ces « obsessions vraies » mais à des obsessions « parasites ».

Il y a, au phénomène proprement obsessionnel, une doublure anxieuse. C'est elle que l'on retrouve à la racine des phobies. Il semblerait donc que la définition de l'obsession doive être celle-ci: « C'est un état anxieux provoqué chez un sujet par le sentiment *d'être forcé* à faire, à penser quelque chose d'absurde ou de mauvais.

Mais il y a, dit-on, des états obsessionnels où le sujet n'éprouve pas cette sorte d'entraînement qui engage sa responsabilité, son honorabilité, sa vertu, en un mot sa volonté, ce sont les cas où il subit *passivement* une contrainte, sans lutte véritable, où il éprouve l'impression de quelque chose qui se passe en lui mais absolument sans sa participation et, pour ainsi dire, sans son consentement. L'obsession est définie ici par la notion de « corps étranger ». Il y a bien peut-être anxiété dans ces cas, mais elle est secondaire, ce qui paraît primitif au sujet lui-même c'est l'irruption dans la conscience d'une idée, d'une image, d'une velléité, saugrenues et irrésistibles, qui sont importunes et gênantes.

Si on se rappelle les grandes querelles qu'a suscitées la notion d'obsession, on voit qu'elle tourne, tout entière, autour de cette opposition. On en trouvera un historique bien fait dans le livre de Pitres et Régis et dans celui de Loewenfeld.

Pour Morel (1866) il y avait une névrose spéciale de l'émotivité qu'il appelait le *délire émotif*, dans lequel entrait le délire du toucher de Falret père. D'ailleurs, les psychiatres français de ce moment-là s'occupaient surtout de la question des « monomanies », du passage de l'obsession au délire et à l'hallucination, sur lequel nous reviendrons plus loin. Cependant, Ch. Frère (1892) déclare que les idées fixes ont leur origine dans l'émotivité morbide. Séglas (1895) était également de cet avis. Ballet (1894) de même. Pitres et Régis paraissent, en 1902, avoir orienté nettement la Psychiatrie française dans cette voie. Claude, en 1923, dans son cours à la Faculté, insiste longuement sur le déséquilibre émotionnel que l'on trouve inhérent à l'obsession. — En Allemagne, Wille (1881), Friedenreicht (1887), s'insurgent contre les idées de Westphal. Kaan (1893) considère que l'angoisse neurasthénique est la racine de la plupart des obsessions. Shörring (1900), dans son livre, considère que, dans l'obsession, il ne s'agit pas seulement de représentation, mais aussi d'un jugement, d'une opinion et d'un sentiment anormal, et il insiste sur la composante émotionnelle. Friedmann (1901), à qui on est redevable d'intéressants travaux sur le sujet, considère *la lutte* comme particulièrement caractéristique, il fait jouer un rôle

important au sentiment de contrainte. Au contraire, Westphal (1877) a institué la théorie dite « intellectuelle », *c'est-à-dire plus exactement la théorie du parasitisme.* Pour lui, l'obsession se caractérise par quatre traits essentiels : la non altération de l'intelligence, le défaut de fond affectif, l'irruption incoercible dans la conscience et la conscience de son étrangeté. En Allemagne, cette opinion a pour ainsi dire constamment prévalu depuis Meynert, 1877), Kraft-Ebing, Wernicke (idées autochtones) jusqu'à Jaspers, qui considère dans son traité de Psychopatologie (1913) qu'il y a analogie entre les hallucinations (imageries incoercibles) et les obsessions qui ont également ce caractère de contrainte en quelque sorte extérieure.

Comme on le voit, deux points de vue se sont affrontés qui correspondent aux deux aspects du phénomène obsessionnel. Pour nous, sans songer à faire ici une révision de ce difficile problème, nous inclinons à penser qu'une fois encore les psychiatres ont péché par excès de généralisation. En définissant dans leur séméiologie comme dans leur mécanisme toutes les obsessions par le double caractère *anxieux* et *parasite,* on se met dans l'obligation d'étendre à deux catégories de faits bien différents des explications qui ne valent *grosso modo* que pour une des deux catégories. La clinique nous offre en effet deux ordres de faits : des obsessions actives où le sujet se sent violenté dans sa propre spontanéité, — des obsessions à base de parasitisme, où le sujet assiste passif à des phénomènes qui le gênent.

Ce qu'il y a de commun aux deux faits cliniques, c'est le caractère forcé, automatique, c'est-à-dire involontaire, des deux états. Si donc nous voulons les grouper dans une même catégorie, la définition de cette catégorie ne pourra être qu'extrêmement générale : celle des phénomènes obsédants ou forcés, dont le sujet se plaint. Mais elle comprendra deux variétés différentes : *les obsessions actives et les obsessions passives ou parasites* (1). Du point de vue séméiologique, qui nous occupe seulement ici, nous pensons que c'est la seule position solide. Nous verrons ensuite ce qu'il faut penser de leur mécanisme et si, du point de vue pathogénique, il y a lieu de s'arrêter là.

(1) Les « vraies » obsessions, celles qui correspondent le plus certainement à ce que tous les psychiatres pensent quand ils parlent d'obsessions, seraient ce que nous appellerons pour la commodité de notre étude les obsessions actives. Elles groupent les phobies, les obsessions-impulsions, une bonne partie de ce que l'on appelle les « obsessions idéatives » qui presque toujours sont phobiques et affectives (cf. les exemples de Pitres et Régis, qui sont typiques à ce point de vue).

I. Obsessions actives. — Le tourment du sujet porte dans ces cas sur le sentiment qu'il éprouve d'être forcé dans sa propre volonté. Il y a un aspect négatif de ces obsessions, c'est la *phobie.* Un sujet est agoraphobique : il est incapable de faire ce qu'il voudrait faire. Il a le désir de marcher, de traverser, il ne peut pas. Un pharmacien que nous avons vu récemment était pris de panique dès qu'il devait faire une ordonnance où il était question de milligrammes et de substances toxiques. Il ne pouvait pas faire l'ordonnance. M. Janet a magistralement montré comment de telles obsessions sont liées à la peur de l'action, peur irraisonnée mais dominatrice.

Dans leur aspect positif, ces obsessions sont ou *idéatives* ou *impulsives.* Un sujet a l'obsession de tuer son enfant. Un autre a celle de rechercher l'origine des pensées et ce sont d'interminables ruminations à ce sujet. *Il doit* chercher, *il est poussé* à chercher lui-même, *il faut qu'il sache,* tout cela est absurde, mais il va de l'avant (c'est le Grübelsucht des Allemands).

De tels malades souffrent du dérèglement de leurs pulsions affectives. Ils accusent leur propre volonté ; ils savent bien que c'est une forme de leur impuissance psychique et ils en souffrent. Il y a là un trait extrêmement important de leur état qui les apparente aux mélancoliques. Ils sont malheureux parce qu'ils se sentent faibles, ils ont peur de leur faiblesse, ils ont peur de leurs actions, dévorés de scrupules, craignant les présages, ils ne peuvent rien, ils n'osent rien.

Quels rapports peut-il y avoir entre de tels phénomènes et les phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires ? (1).

Peut-on assimiler de tels phénomènes à des pseudo-hallucinations ? Le groupe des pseudo-hallucinations comprend tous les phénomènes qui ont été décrits comme hallucinatoires et qui ne répondent pas à la définition du phénomène proprement hallucinatoire. Nous ne pensons pas qu'aucun des faits que nous visons dans ce paragraphe (phobie, obsession, impulsion, obsession idéative à base affective) ait jamais été assimilé à un phénomène pseudo-hallucinatoire : en effet, relativement au phénomène xénopathique, de tels faits sont bien différents, car le sujet éprouve dans sa conscience une lutte dont il fait tous les frais à lui tout seul, il est et surtout il a conscience d'être lui-même son propre adversaire. Une exception doit être faite peut-être pour la notion d'hallucination psycho-motrice dont nous ferons une étude spéciale.

(1) La question de la substitution de l'hallucination vraie à l'obsession sera examinée plus loin, dans le 3e paragraphe.

Obsessions passives ou parasites. — A ce « tournant » de notre travail, nous découvrons maintenant le domaine le plus vaste des phénomènes pseudo-hallucinatoires, c'est-à-dire de tous ces symptômes que l'on a rangés sous le nom d'hallucinations psychiques, d'auto-représentations aperceptives, de phénomènes d'automatisme mental dans la série hallucinatoire. Nous avons indiqué comment les travaux de Baillarger, de Hagen, Kahlbaum, Kaudinsky, G. Petit, de Clérambault, ont tous convergé vers cette confusion (1). Le propre de tous ces faits est de se présenter à la conscience du malade comme d'effectifs phénomènes parasites qui déconcertent le sujet ou tout au moins dont il rejette l'origine hors de soi. Ce sont pour lui des états étrangers à sa propre personne et il souffre de cette conclusion, de ce « prurit cérébral », comme disait Ball. Ce sont bien les phénomènes xénopathiques par excellence et l'on comprend quelle attirance devaient exercer de tels faits pour les auteurs qui définissent l'hallucination comme un fait xénopathique. Ils sont allés, dès lors, jusqu'à y voir l'essence du fait hallucinatoire. Presque toujours les auteurs — et en tous cas les malades — représentent ces faits comme obsédants. Leur caractère essentiel est leur importunité, la gêne qu'ils apportent à l'exercice libre de la pensée. C'est ainsi que Séglas a parlé d'hallucinations obsédantes (ce sont toutes des pseudo-hallucinations) ; de même B. Leroy (1907), R. Leroy et Capgras (1910), Sengès (1912), Ceillier (1922), etc...

Notre pensée nous est personnelle et elle est, *grosso modo*, docile à notre direction. Ce sont ces caractères qu'elle perd dans les phénomènes que nous avons en vue. Elle cesse d'être personnelle et pourtant elle ne s'objective pas comme dans la vraie hallucination pour produire de fausses réalités. Il y a un domaine entre ce qui est le moi et ce qui est l'objectivité où se meuvent, dans *une sorte de demi-réalité, de présence,* tous ces faits en même temps obsédants et pseudo-hallucinatoires, domaine qui, nous le verrons dans la suite, est l'atmosphère même du délire. Ce qui caractérise en effet tous ces phénomènes pseudo-

(1) Schröder la fait également, car pour lui « l'halluzinieren » est faite uniquement d'états de ce genre. Nous admettons bien volontiers qu'en fait ce que l'on appelle « hallucination » est généralement un phénomène de ce genre. Mais pour nous — nous souciant d'isoler les symptômes qui nous paraissent différents — l'hallucination est une chose et les pseudo-hallucinations sont autre chose. Il ne s'agit pas là d'une vaine querelle de mots. Si en effet l'essence du phénomène hallucinatoire est le sentiment d'étrangeté, la xénopathie, on ne voit pas comment on peut la trouver dans le fait qu'un sujet croit voir quelque chose qui n'existe pas, projète dans le monde des objets quelque chose qui n'y est pas. Il faut donc distinguer les deux phénomènes.

hallucinatoires, c'est d'être en même temps obsédants et importuns, irréels, étranges et *artificiels*.

Nous allons dresser une sorte d'inventaire de tous ces faits curieux et quelque peu disparates (1). Nous en fournirons plus loin l'interprétation pathologique.

A. Impressions sensorielles anormales. — Toute sensation douloureuse (rage de dents), toute paresthésie (prurit) implique un caractère obsédant de gêne et d'incoercibilité. N'est-il pas étonnant de voir dans l'énumération que Séglas fait des hallucinations obsédantes le cas d'un malade qui sentait de mauvaises odeurs et dont l'histoire pourrait bien être celle d'une sinusite. Nous touchons là à cet immense champ des sensations anormales qui est à cheval sur l'hypocondrie et la sensation justifiée. Pitres et Régis rapportent l'observation (p. 56 à 58) d'un malade L., qui, après avoir couché avec une femme, éprouva des démangeaisons terribles. Il se soigna pendant longtemps, fit partager, disent les auteurs, sa phobie à une autre femme. Comme il s'obstinait, malgré les consultations les plus éclairées, à se gratter toujours, il fut étiqueté parasitophobe. Il manque presque toujours quelque chose à des observations de ce genre, c'est la preuve que, *réellement,* il n'y a pas de raison effective du prurit (2). Mais ce qui est certain, c'est le caractère obsédant et sans jeu de mots parasite d'un tel phénomène. Loewenfeld a beaucoup insisté sur ces phénomènes qu'il appelle « Zwangsempfindungen ». Il en rapporte dans son livre de nombreuses observations (p. 173 à 196). Pour Mallet (1931), il y a une distinction importante à faire entre les troubles cénesthopathiques et les hallucinations cénesthésiques.

(1) Nous empruntons nos exemples en majeure partie à des travaux qui les présentent précisément comme des phénomènes obsédants pour donner plus de forme à notre argumentation... et ne pas encourir le reproche d'avoir défini arbitrairement comme obsessions les pseudo-hallucinations.

(2) S'il y en a — comme le veut la théorie mécanique de l'excitation sensorielle — il ne s'agit que d'illusions plus ou moins délirantes (pseudo-hallucinations). S'il n'y en a pas, si le phénomène éprouvé est purement imaginaire, c'est-à-dire l'effet de la pure « imagination », il est alors authentiquement hallucinatoire. Mais comment le prouver ? On peut parfois en fournir la démonstration comme pour le cas d'une malade que nous avons observée avec le Dr Borel à la Clinique. Elle avait passé un an à se défendre jour et nuit contre des milliers de « moucherons » qu'elle sentait dans sa tête et sur sa peau. C'était une lutte de tous les instants. Elle les sentait « grouiller » constamment, elle est venue à Paris pour se faire soigner. Ce changement de milieu l'a beaucoup améliorée. Une seule injection au $CaCl^2$ l'a entièrement guérie. Il faudrait être bien fortement convaincu qu'elle n'était pas « hallucinée » mais effectivement « cénesthopathe », pour penser que le remède a agi autrement que par psychothérapie ! (*A. M.-P.*, juillet 1932).

B. Hallucinose. — Nous avons déjà montré les relations des sensations anormales cénesthésiques, olfactives (non perceptives) avec l'hallucinose, c'est-à-dire l'irruption dans la conscience de « formes perceptives » incongrues et reconnues « non réelles ». Nous avons signalé que de tels phénomènes pouvaient être rattachés à des excitations sensorielles anormales. Dans ces cas (et nous en avons rapporté de nombreux exemples) il y a chez le malade une véritable réaction anxieuse à l'égard de l'importunité d'un tel parasitisme sensoriel. Meuriot raconte dans sa thèse (Obs. VII) l'histoire d'une malade qui entend « Il passe par le trou ! Il passe par le trou ! » C'est bête à pleurer, dit-elle. La deuxième observation de Séglas est celle d'une femme qui est importunée par la vision d'une femme qu'elle voit très distinctement quoique elle sache que cela n'existe pas. »

C. Ritournelles. — Sans doute, parfois, ces ritournelles prennent le caractère sensoriel et nous en avons rapporté un cas très net ; il s'agit alors d'hallucinose. Il semble que ce soit le cas, par exemple, de l'observation publiée par Sancte de Sanctis (1895) de la réminiscence d'un air militaire qui s'empare d'un malade et l'obsède pendant des mois. Loewenfeld en rapporte un cas fort intéressant (p. 157) chez un mélancolique.

D. Echo de la pensée. — C'est le Gedankenlautwerden, le « Nach denken » des Allemands. C'est un phénomène assez fréquent qui consiste généralement dans ce fait que la pensée est répétée tout haut.

Dans « Obsessions et Psychasténie » (Tome II, p. 511) P. Janet rapporte l'histoire d'un malade à qui l'on parle à travers les murs, *dont on répète la pensée.* Un malade dont Redalie rapporte l'histoire (1926) éprouve quelque chose d'analogue parmi d'autres phénomènes (dont nous nous occuperons plus loin). « Une voix intérieure lui demande : « Où as-tu péché ? — Ici, répond cette même voix. » *Il entend parfois sa propre pensée :* « Je suis damné. »

E. Hallucinations psychiques proprement dites (voix internes). — Le malade de l'observation XII de Meuriot entend une voix magnétique : « Ce sont des mots ou des phrases que ma sale imagination enfante : Touche la verge ! Putain. Tapette. » J'entends ces mots presque à voix basse, dit-il. — Une malade de Trénel (1909) toutes les fois qu'elle pense à son ami, entend une voix intérieure. — Bernard Leroy (1907) a longuement analysé une observation des plus importantes. La malade dit : « C'est « une persécution de la pensée. J'entends des voix gouailleuses,

« j'entends des voix qui supplient, des sarcasmes, des moque-
« ries. Si je regarde le crucifix, j'entends « je maudis ». Si je dis
« Béni soit Dieu », j'entends « Maudit soit Dieu ». Chez moi,
« ce ne sont pas des hallucinations, c'est quand je veux dire ou
« penser quelque chose. Ce sont des voix de personnes comme
« si je pensais à quelqu'un et que j'entende sa voix me causer,
« mais je n'entends pas de sons, c'est mentalement. Si on vous
« raconte quelque chose, si vous connaissez quelqu'un ou toutes
« les personnes du récit qu'on vous fait, en pensée vous voyez ces
« personnes, vous voyez leur manière de parler, vous imaginez
« le son de leur voix... on voit tout ça en pensée. Eh ! bien, le
« chaos qui est dans ma tête, c'est la même chose. C'est absolu-
« ment comme quand je parle en dedans. Si je pense à des cho-
« ses bruyantes... je pense au boucan. »

Ceillier (1922) a observé une femme qui entendait des voix qui lui ordonnaient d'aller boire. Ces voix ne faisaient pas de bruit. C'étaient des voix intérieures, « plutôt comme une pensée ». La malade de Chaslin et Alajouanine entend plusieurs voix qui disent : « Elle a du culot. » « C'est, dit-elle, comme votre voix « plus assourdie, mais distincte. On m'inspire des pensées. « Depuis quatre jours, je parle seule. Il y a des absences dans ce que je veux dire. » Mignard (1913) a analysé l'observation d'une vieille fille qui entendait une petite voix intérieure qui remplaçait sa pensée.

F. Représentations aperceptives (1). — Sous ce nom, nous désignerons, avec Petit, les représentations vives qui, sous forme de souvenirs vivaces, de scènes animées et récidivantes, se présentent à la conscience comme des « visions suggérées », des « visualisations » (Trénel), des « souvenirs qu'on envoie », etc..., des « spectacles obsédants ». (Ces phénomènes devraient être rapprochés des phénomènes d'hallucinose, des ritournelles auditives, etc...). Elles correspondent en gros aux pseudo-hallucinations de Kandinski. — Un malade de Janet voit devant lui la cour du lycée et ses arbres. « Oh ! dit-il, je ne les vois pas tout à fait comme réels. » — Le malade de Meuriot, dont nous avons déjà parlé, avait la représentation de langues de feu qui se dirigeaient vers son pénis. — Buccola (1880) a publié une observation célèbre d'un homme qui voyait avec toutes les apparences de la réalité (tout en voyant bien que c'était un effet de son imagination) des billets de banque. — Trénel, en 1909, a rapporté

(1) Nous abrégeons le terme « d'*autoreprésentations* », dont nous ne voyons pas bien l'avantage.

l'histoire d'une malade qui, ausitôt qu'elle pensait à une chose, la voyait, et cette vision persistait malgré tous ses efforts pour s'en débarrasser. — La malade de Leroy et Capgras (1910) disait: « Je n'étais plus maîtresse de moi, je voyais des morts, des cercueils, des bouquets, des tombes. (Il y avait dans ce cas des illusions : elle prenait le buffet pour un cercueil). — Un malade qui est venu consulter récemment à la Clinique nous disait : « Pen- « dant quelquefois des heures, je me représente que je suis sur « un lit, attaché. Mon père et ma mère sont là avec l'instituteur. « Je me représente très vivement la scène, je ne puis pas m'en « débarrasser. Ma douleur c'est ma mémoire. Cela revient plu- « sieurs fois par jour. » Il s'agit, dans ce cas, *d'hallucinations du souvenir,* que Hagen a décrites, et sur lesquelles Jaspers et C. Schneider ont beaucoup insisté.

G. Mentisme. Hypermnésie. Troubles de la pensée. — Des malades qui se plaignent que leurs pensées tournent, que c'est vertigineux, qu'ils sont envahis d'un flot de souvenirs, qu'il y a un flux idéïque incoercible dans leur tête, présentent des phénomènes qui doivent trouver ici leur place. Une des malades dont nous avons déjà parlé, celle de B. Leroy, déclarait : « J'ai une multitude de pensées qui vont. C'est ma tête qui pense malgré moi. » — Une malade que nous avons observée à la Clinique, Va..., ne comprenait rien à son état : « Elle était en proie à une masse énorme de souvenirs et elle devait écrire tout. Tout défilait. »

La contre-partie de ce symptôme, c'est évidemment l'impression qu'ont les malades ne pas pouvoir penser, de n'arriver à rien, d'avoir la tête vide.

Il faudrait ici mentionner les « troubles au cours de la pensée », que l'on observe chez les malades de toutes catégories (démence précoce, tumeurs cérébrales, démences, etc.), et sur lesquels Pinel, Morel, Baruk ont particulièrement insisté. Il s'agirait, dans de tels cas, de perturbations effectives de l'idéation par bouleversement cérébreux. Ces phénomènes apparaissent au sujet comme des phénomènes de parasitisme insupportable et, au fond, il n'y a psychopathie dans ces cas que dans la mesure où le trouble effectif crée des symptômes mentaux. Le « symptôme mental » n'est pas le trouble lui-même, mais ses conséquences. Reste à savoir si les dires des malades peuvent suffire à nous faire admettre « qu'ils ont raison » quand ils nous disent qu'on leur « travaille la cervelle », qu'on leur arrête leur pensée, etc. C'est ce que nous allons envisager.

II. Mécanisme des phénomènes obsessionnels et pseudo-hallucinations

Nous avons, au début de ce travail, marqué la nécessité, *au point de vue séméiologique,* de se référer à ce qu'éprouve le malade, et nous avons vu qu'il fallait, à ce point de vue, grouper les sujets qui souffrent de ces phénomènes de contrainte, de ces *phénomènes forcés* en deux catégories : ceux qui se plaignent d'être diminués dans leur propre volonté, qui éprouvent le phénomène comme manifestant leur propre faiblesse, qui luttent contre lui, — ceux qui se plaignent d'éprouver quelque chose de parasite, qui se présente à eux, qui est inclus en eux comme un corps étranger.

Nous pensons que, pour comprendre le mécanisme de ces deux états, il faudra, au contraire, nous méfier des dires des malades, de leurs impressions immédiates, qui sont souvent de pures illusions. C'est le mérite de l'Ecole freudienne d'avoir mis l'accent sur ce point. Mais, à vrai dire, les psychiatres n'avaient pas attendu les psychanalystes pour « construire » leurs théories sans partager les illusions des malades. Tous ceux qui ont considéré l'hallucination comme un trouble de l'activité intellectuelle, comme un délire, tous ceux qui ont souligné le caractère phobique ou psychasthénique des phénomènes obsédants, au lieu de les considérer comme des phénomènes positifs, n'ont jamais participé à l'erreur des malades. Il est assez significatif, à ce point de vue, de lire ces lignes toutes récentes (janvier 1932) de P. Janet : « Cependant les médecins, comme cela arrive souvent, ont « accepté plus qu'on ne croit l'interprétation des malades, ils « ont seulement modifié les termes dans lesquels ces interpréta- « tions étaient données. Au lieu de dire : ils sont persécutés parce « qu'on leur arrache les yeux, parce qu'on les insulte, les méde- « cins ont dit : « Ils sont persécutés parce qu'ils sentent qu'on « leur arrache les yeux, parce qu'ils entendent qu'on les insul- « te. Peu importe que les lésions, que les paroles insultantes « n'existent pas, les malades les entendent, les sentent, cela suf- « fit. » (1). Nous n'avons pas craint d'insister sur ce point, car

(1) C'est le procès de la « phénomènologie » ! On sait que ce mouvement psychologique dont l'objet est l'appréhension du « pur vécu » s'éloigne, comme de la peste, de toute interprétation rationnelle qui est essentiellement déformante, « constructrice ». Le grand mérite de la phénomènologie est de contraindre l'observateur à l'analyse du fait psychologique guidé par la conscience du malade, à pénétrer la profondeur des symptômes que celui-ci éprouve, à entrer dans la pensée morbide. Mais le danger d'une telle

il est fondamental en psychopathologie. C'est justement l'analyse psychologique — que l'on dédaigne si souvent — qui est destinée à susbtituer aux dires immédiats du malade une interprétation correcte des faits *et à poser en termes exacts le problème dont la physiologie est appelée, dans la plupart des cas, à donner la solution.*

Nous allons donc essayer d'interpréter ces deux catégories de faits, mais d'ores et déjà, nous pouvons dire qu'il est fort peu vraisemblable qu'une division uniquement basée — comme il se doit en séméiologie mentale — sur les impressions des malades puisse être maintenue telle quelle dans une conception pathogénique.

I. Les obsessions actives. — Rappelons ce que nous avons déjà dit de ces symptômes. Un sujet se plaint d'avoir des impulsions terribles, un autre craint d'être sacrilège en gardant des particules d'hostie dans la bouche, un troisième craint d'avoir la rage, celui-ci ne peut pas monter dans un train sans être en proie à une grande frayeur, cet autre s'interroge indéfiniment sur l'origine des pensées, etc... Tous ces symptômes ont ceci de commun d'être éprouvés par les malades comme des actions, des pensées qui manifestent leur propre faiblesse : « C'est absurde, c'est « lamentable, d'être comme ça, et il n'y a rien à faire, *je suis « poussé malgré moi,* je lutte et je ne puis pas faire autrement. » Ils se sentent dominés mais engagés eux-mêmes dans cette voie malheureuse. Un autre caractère de ces phénomènes est qu'ils ne sont pas tellement absurdes dans leur contenu, il y a toujours, comme disait Freud dès 1895, une justification au moins partielle à ces angoisses, à ces impuissances.

Nous agissons et nous pensons quand nous sommes normaux, en accordant le minimum d'importance à une foule d'impressions, de craintes, de représentations qui constamment sont prêtes à nous assaillir. La pensée et l'action des enfants, des primitifs, est toute entière faite de ces présages, de ces peurs, de ces hontes, de ces obligations de suivre des rites, des ordres... Ce qui caractérise notre pensée et notre action — dans leur plein épanouissement, — c'est notre affranchissement relatif d'une part des impressions affectives que nous font les objets, les personnes, les situations dans lesquelles nous nous trouvons placés et,

attitude est d'être précisément toute descriptive; il y a dans la position phénoménologique une fausse humilité. Il y a, surtout, un acte de défiance dans les disciplines rationnelles que nous ne nous sentons pas le courage de faire.

d'autre part, de la crainte des sanctions morales et sociales plus ou moins contradictoires que nous encourrons constamment. Il y a toujours de la hardiesse dans ce que nous faisons et ce que nous pensons, et c'est au même prix de cette hardiesse que nous finissons par faire des actions correctes et même des actions morales. Ce qui caractérise les états que nous visons ici, c'est que la « volonté » de ces malades est altérée, ils se sentent faibles, dominés par des craintes et des terreurs. Il y a des objets qui leur leur font peur, il y a des actions qu'ils ne peuvent pas faire : ce sont, à proprement parler, des phobies sous leur forme plus ou moins intellectualisée (comme Pitres et Régis l'ont bien montré). Mais il y a aussi toute une catégorie de cas (peut-être les plus nombreux) où c'est la « résonance » morale et sociale de leurs pensées et de leurs actions qui les inhibe. Est-ce que c'est *bien ?* — Est-ce que c'est *juste ?* — N'est-ce pas *sacrilège ?* — Est-ce que ce n'est pas *ridicule ?* C'est, à proprement parler, la manie du doute, avec ce qu'elle comporte de scrupules, d'interrogations, de ruminations. Quand ils projettent leurs désirs dans le futur, dans l'immédiatement futur quelquefois, ils ont peur de faire des choses monstrueuses et ils se sentent attirés vers elles, comme on l'est par le vertige, ils luttent et parfois ils succombent, délivrés alors par l'excès même de leur abomination enfin réalisée.

Les premières études faites sur ces phénomènes, nous l'avons vu, ont mis en évidence ce caractère angoissant, vertigineux, que l'on trouve au fond de ces états, et c'est le grand mérite de Morel d'avoir découvert l'essence de tels symptômes. Il est très frappant, en effet, de rapprocher ces états de la mélancolie anxieuse. D'ailleurs, bon nombre de ces obsédés manifestent des accès mélancoliques. Citons parmi les observations les plus connues celles de Sengès (1912), de Paris (1902), de Ferrand et Piquemal (1913), de Leroy et Capgras (1910), la première observation de Catsaras (1892), sur laquelle nous reviendrons, etc... L'un de nous (Claude), avec Borel (1922), puis avec Targowla et Mlle Badonnel (1925), a également insisté sur la fréquence de ces états anxieux. Il semble donc que chez beaucoup de ces malades, l'obsession apparaisse comme *l'exagération anxieuse* de phénomènes qui, sous leur forme, sont en germe chez tous les hommes. Cette exagération anxieuse serait analogue ou même identique aux *accès de mélancolie.* Et c'est dans ce sens que Claude, Targowla et Mlle Badonnel disaient, en 1925, que la mélancolie « fait le lit » à l'obsession. Telle est une première théorie possible... et qui rend compte certainement de bon nombre de faits. Les cyclothymiques, les hyperémotifs, présenteraient un excellent terrain pour les obsessions de ce genre.

Quant aux symptômes eux-mêmes si certains (la peur d'être malade, la crainte d'être un objet de dégoût ou un instrument de malheur) sont directement « coulés » dans le raptus mélancolique, d'autres ne paraissent liés au sentiment dépressif fondamental que par un détour soit par mécanisme associatif (on dira pour être plus savants par réflexes conditionnels) — soit par intellectualisation. Les deux mécanismes sont d'ailleurs analogues. Dans son intéressant travail sur les Obsessions, Baruk (1931) rapporte quelques cas significatifs. En voici un : « Mme G. « a la phobie de toucher des produits pharmaceutiques. Elle a « chez elle une boîte d'extrait ovarien qu'elle ne peut pas toucher « ni même voir. Le mot « ovaire » également lui est désagréa- « ble. Or, dit Baruk, Mme G. a toujours vivement désir d'avoir « des enfants. Elle n'a pu en avoir et elle l'a vivement regretté. « N'y aurait-il pas là un réveil de ce système associatif à base « affective ! » Il y a donc possibilité pour un sentiment basal de s'exprimer sous forme d'obsessions qui paraissent n'avoir qu'un rapport lointain, associatif, avec le contenu même de ces sentiments.

C'est précisément ce que Freud a développé dans ses études. Le principe est contenu en germe dans son travail de 1895, où il cite l'exemple d'un jeune homme qui se reprochait toutes les actions immorales : d'avoir tué sa cousine, défloré sa sœur, incendié une maison, etc. Il s'agissait là d'une *substitution* à la faute qui l'obsédait foncièrement, car il avait lu dans un livre quasi-médical que l'onanisme abîmait la morale. Une jeune fille avait peur de perdre ses urines. Elle ne sortait plus dans cette crainte. En réalité, ce qui la préoccupait profondément, c'était non pas de perdre ses urines, mais la crainte d'avoir une impulsion amoureuse blâmable. Une fois, au théâtre, elle avait senti une envie amoureuse qui s'était accompagnée de l'envie d'uriner. »

Ainsi, qu'il s'agisse de phobie, d'obsession « idéative », d'impulsion (1), ce que l'on retrouve toujours dans ces cas, c'est soit un élan affectif à type mélancolique, soit un sentiment, une tendance, un désir, plus généralement un *affect* dont le phénomène obsédant est l'expression plus ou moins directe. Retenons surtout que ces affects peuvent se travestir dans la conscience du sujet, car nous aurons à nous demander plus loin, à propos des obsessions parasites, s'il n'y a pas quelque chose d'analogue.

Ce qui nous paraît être fondamental, dans ces obsessions acti-

(1) C'est pourquoi nous n'avons pas suivi la classification classique faite en fonction d'états psychiques qui se trouvent toujours plus ou moins intriqués.

ves, où il y a en même temps conscience d'une contrainte et lutte contre elle, c'est donc *un facteur affectif*. Depuis Morel jusqu'à Pitres et Régis, ça a été (sauf les exceptions que nous avons signalées : Falret, Magnan, etc...) la thèse de l'Ecole française. Ce facteur affectif se présente sous la forme soit d'un *état anxieux* souvent apparenté à un état proprement mélancolique, — soit d'un *affect* très vif dont les relations avec l'obsession, pour être souvent indirectes, n'en sont pas moins importantes.

La théorie que M. Janet a magistralement développée de ces obsessions actives, consiste à les rapprocher des obsessions passives et de tout un ensemble de symptômes connus sous le nom de *psychasthénie*. Nous pensons qu'il y a lieu de distinguer dans ce que M. Janet nomme ainsi un mécanisme bien particulier et proprement névrotique et un mécanisme psychopathologique très général, celui de l'affaiblissement de la tension psychologique. Nous entendons bien que chez les mêmes malades on observe des obsessions actives et des obsessions passives, mais ces symptômes, en tant que tels, restent, croyons-nous, différents. Il nous semble par exemple légitime de séparer comme symptômes distincts les longues opérations, les ruminations mentales auxquelles l'obsédé *s'abandonne,* et les verbigérations, les idées incoercibles dont il se plaint comme lui étant étrangères. La théorie de M. Janet n'est évidemment pas une théorie affective. Dans sa psychologie génétique et du comportement, il n'y a place que pour des actions et des groupes d'actions plus ou moins complètes. A ce point de vue, le mécanisme psychasthénique — envisagé comme une incomplétude de l'action, une incapacité des conduites achevées avec tout le retentissement des sentiments qu'elle entraîne — nous paraît prendre toute sa valeur dans le domaine des obsessions passives. Ce n'est qu'en attribuant — comme on peut le faire avec M. Janet lui-même — à la psychasthénie son sens très général que l'on pourrait dire à propos des obsessions actives que les facteurs proprement affectifs — pour nous essentiels dans les obsessions actives — sont eux-mêmes conditionnés par un affaiblissement de la tension psychologique. Nous verrons plus loin d'ailleurs l'importance d'un tel point de vue.

II. Les obsessions passives ou parasites. — Elles sont séméiologiquement caractérisées par le fait que les malades les éprouvent comme « plaquées » sur leur psychisme. Elles s'offrent au sujet pour ainsi dire hors de lui-même. Ecoutons-le : « Il se pro-« duit en moi des choses, des opérations où je ne suis pour rien, « c'est très désagréable, c'est très gênant : ce sont des visions,

« des souvenirs, des voix, des pensées, auxquels je ne comprends « rien. » De tels symptômes ont été très différemment interprétés.

A. Théorie mécaniste. — Si les malades se plaignent de tels phénomènes, comme s'ils se constituaient en dehors de leur personnalité, c'est, dit-on, qu'effectivement il en est ainsi. Or, il y a un moyen de se représenter les choses à peu de frais. Le cerveau serait une sorte de substance plastique, une plaque sensible. Si des processus d'excitation maladifs le parcourent, il se produira dans la conscience du sujet des phénomènes dont la production en effet s'effectuera sans aucune participation de sa part. Ceci étant bien établi, lorsqu'un malade nous dira : j'éprouve des phénomèmes qui m'obsèdent, me gênent, qui ne m'appartiennent pas, nous en concluerons qu'il s'agit d'une excitation mécanique fortuite de ses centres cérébraux. C'est là le fond de toutes les théories mécaniques qui font appel à des processus plus ou moins compliqués, et plus ou moins modernes d'excitation cérébrale. *C'est la théorie même des malades.* De telles idées sont passées dans la clinique quotidienne, si bien que des phénomènes décrits comme spécifiquement parasites, neutres, d'excitation cérébrale anormale comme l'écho de la pensée, le commentaire des actes sont *vus* partout si le clinicien juge qu'il s'agit dans ces cas d'excitation mécanique automatique, et jamais les cliniciens qui n'acceptent pas une telle théorie. Tant il est vrai que beaucoup de cliniciens font de la thérorie sans le savoir ! Il y a là un cercle vicieux qu'il importe de rompre. Le fait que des malades nous présentent comme parasites des phénomènes qu'ils éprouvent comme tels ne nous contraint peut-être pas à penser qu'il s'agit effectivement de l'introduction dans leur esprit de quelque chose qui n'en viendrait pas. Après tout, ces malades peuvent être dupes d'une illusion. C'est ce que nous allons examiner en détail.

Tout d'abord rappelons les diverses théories mécaniques qui ont été proposées. Tamburini se représentait « les idées incoercibles » comme produites par des excitations des centres intellectuels. — Meynert, en 1884, dont on connaît la fameuse théorie de l'équilibre circulatoire cérébral pensait qu'il s'agissait d'une hyperhémie compensatrice des centres sous-corticaux, car il admettait le fond affectif et c'est lui qu'il pensait expliquer ainsi. — Cramer (1889) considère que les obsessions viennent des excitations hallucinatoires d'une portion de la sensibilité musculaire de l'appareil de la locution. Il avait en vue particulièrement les impulsions motrices verbales. — En 1893, Kaan admet cette

théorie pour certaines images obsédantes, mais pour lui « les vraies obsessions » y sont irréductibles.

En 1897, Bror Gadilius admet qu'il s'agit de phénomènes d'irritation dissociative. « L'irritation dérive sur un centre ou à un système de centres plus ou moins éloigné du centre actuellement en action. Si les voies associatives d'un centre où se passe un processus conscient ne sont plus intégrées, la dérivation normale ne se produit plus, il se produit des impulsions ou des hallucinations, etc.... »

On peut évidemment facilement broder sur ce thème et on ne s'en est pas fait faute — *plus ou moins explicitement* — dans la psychiatrie contemporaine française, nous ne craignons pas d'y insister. Le travail peut-être le plus caractéristique de ce point de vue est celui de Catsaras (1892). Il rapporte deux observations toutes deux d'un intérêt exceptionnel. Mais voici comment il présente et interprète la première :

Le malade dit : « Je n'ai pu dormir cette nuit car un dialogue se « faisait dans ma tête. Soudain M. G., d'Alexandrie, m'apparaît et « m'adresse la parole au sujet d'une question que j'avais complète- « ment oubliée. Il me dit : « Dis-donc, tu ne consentiras pas enfin à « épouser la demoiselle X. Elle est belle... elle est jeune, etc. » Sa figure « fantastique prenait un aspect souriant : « Vous savez, dit-il, elle a « assez d'argent. » D'autres fois, quand il *voit* son père ou une autre « personne, les conversations reviennent. Dès qu'il voit quelqu'un « éternuer, il doit éternuer également, etc... « L'apparition soudaine, « dit Catsaras, au champ de la conscience de M. G. ou d'une autre « personne nous montre que le lobule du pli courbe est en jeu. La « mise en action de ce centre cortical, le plus souvent automatique, « avait parfois une origine primitivement psychique. Toutes les fois « qu'il pense à son père surgit immédiatement son image, qui l'entre- « tient d'un propos quelconque. Une autre fois enfin, la mise en « action était d'origine périphérique, la vue d'une personne qui res- « semblait à un ami faisait surgir dans son cerveau l'image de cet « ami qui entretient également une conversation avec lui. Ces appa- « ritions, en vertu de la loi des associations, servait de point de « repère, mettaient en action le centre de l'association mentale, à « savoir la 1re circonvolution temporale et le malade entendait « M. R. lui dire : « Dis-donc, tu ne consentiras pas enfin à épouser », « et puis, en vertu de la même loi, le centre de la vision mentale, le « lobule du pli courbe étant mis en action, notre malade voyait la « figure fantastique prendre un aspect souriant ; ensuite, grâce à la « même loi, le centre de l'audition mentale entre de nouveau en « action et M. G. dit : « Vous savez, elle est belle, elle a assez d'argent, « etc... ». Enfin, la mise en action des centres de la vision mentale « générale et de l'audition mentale des mots (nous abrégeons), et, en

« vertu de la même loi (1), les images visuelles de M. G. du lobule du « pli courbe et les images auditives des mots de M. G. de la 1re tem- « porale font surgir des images motrices d'articulation associées... et « voilà que notre malade parle... »

Ce n'est pas à titre « humoristique » que nous rapportons cette étude très caractéristique de toute une époque et de toute une psycho-physiologie. C'est pour nous permettre de bien voir à quels retranchements la théorie mécanique accule ses partisans. Ou bien, il faut, comme le fait Catsaras, se contenter, après avoir analysé les discours, la pensée, les actions du malade, de les « raconter » en termes physiologiques, ce qui est une complication bien inutile, car cela ne nous apprend rien (on pourrait en faire tout autant de n'importe quelle pensée, ou de n'importe quel discours), ou bien, si nous voulons par cette voie expliquer l'introduction dans la conscience de phénomènes parasites, nous devons admettre que de telles excitations cérébrales sont capables de créer effectivement des images, des idées, des voix de toutes pièces, absolument neuves... et absolument *neutres*.

Car nous voici maintenant au cœur du problème. Les partisans des théories mécanistes de tels phénomènes ont bien vu que, pour garantir une telle origine à ces symptômes, il fallait qu'ils n'aient pas de contenu ! C'est malheureusement le propre de tout phénomène psychique d'avoir un contenu, *c'est-à-dire une signification*. Il a bien fallu atténuer un peu la thèse pour la faire accepter : « neutre » veut donc dire qui n'a pas de relations avec l'ensemble de la personnalité du sujet. Sans doute nous avons vu que les malades offrent ainsi les phénomènes à l'observateur qui les admet sans plus d'examen ; dès lors, la thèse recevrait, dit-on, tout au moins un début de démonstration.

Mais est-il vrai que de tels phénomènes se constituent sans la personnalité du sujet ? Si on montre qu'il y a continuité entre le fait éprouvé comme étranger et les tendances actuelles du malade, si l'on prend le malade en flagrant délit de participer lui-même à son symptôme, si, analysé le fait obsédant ne se présente dans sa forme même comme aucunement original, si seul son contenu, sa signification, le font rejeter comme absurde ou immoral, ne faudra-t-il pas en conclure que la *neutralité* n'était qu'apparente ? C'est ce que nous allons voir.

Le malade de Catsaras, d'abord. Quel genre de conversation entend-il ? Il s'agit de son mariage et d'une fille qui est belle, qui

(1) Cette loi, telle que Catsaras la montre, un grand grec l'avait déjà exposée dans le « Phédon » !

a de l'argent. Qui ne voit le « joint » au moins probable entre les préoccupations de ce jeune et riche marchand et la voix qu'il entend. Cela peut sans doute « s'expliquer », comme le fait Catsaras, en imaginant toutes les associations, tous les complexes associatifs étalés à la surface du cerveau et un processus cérébral ébranler tout ou partie du système. Mais, comme nous le disions tout à l'heure et l'un de nous (Ey) ailleurs (1), cela n'est pas, dans l'hypothèse associationniste, quelque chose de particulier à un état obsédant, il en serait ainsi pour toutes nos pensées et pour tous nos actes. Ou bien la théorie mécaniste ne veut rien dire du tout (c'est le cas de théorie de Catsaras), ou elle veut dire qu'il n'y y a pas de continuité entre le fait « automatique » et l'ensemble de la personnalité (2).

Rappelons maintenant les divers exemples que nous avons donnés dans le premier chapitre de ce travail. La malade de l'observation VII de Meuriot entend une voix qui dit : « il a passé par le trou ! il a passé par le trou ! ». Or, cette voix est une voix monstrueusement sacrilège. C'est au moment où elle va prier qu'il lui vient cette idée sacrilège des organes génitaux du Christ. La malade de Séglas qui voit une femme, sous forme de vision, quoiqu'elle sache qu'il n'existe rien, mais qui ne peut pas s'empêcher de la voir, est une obsédée par la crainte d'attraper la variole, et elle croit voir quelqu'un qui porte un seau d'eau contaminé.

La malade de Redalié, qui entend sa propre pensée répétée sous la forme « je suis damnée », qui a des « hallucinations psychiques », « où as-tu péché ? » est une grande obsédée par l'idée qu'elle a accompli des rapports sexuels avec les femmes qu'elle a rencontrées dans la journée.

Le jeune homme dont l'histoire est rapportée par Meuriot (Obs. XII), qui entend des voix magnétiques qui disent: « Touche ta verge. Putain. Tapette », est un homosexuel scrupuleux, terrorisé par ses tendances sexuelles. C'est lui aussi qui a des « visions » de langues de feu autour de son pénis.

La malade de B. Leroy entend des voix gouailleuses qui se moquent d'elle, qui disent des paroles sacrilèges : c'est une grande

(1) La notion d'Automatisme en Psychiatrie. *Evolution psychiatrique*, 2e série. Tome 3 (1932).

(2) Le propre de ces théories qui considèrent le « contenu » d'un phénomène psychopathologique comme essentiellement contingent est de se contraindre à ne fournir, alors, du phénomène, qu'une théorie purement formelle. Et de même que leurs défenseurs disent « Peu importe le contenu, il est variable », ne pourrait-on pas leur dire « que reste-t-il *du symptôme* quand on enlève arbitrairement son contenu ? »

obsédée anxieuse qui dit : « Je ne peux plus lutter contre mes « pensées... il se met toujours des malédictions, des superstitions « dans tout ce que je fais... je combats... je combats... je com- « bats... »

L'obs. I de Ceillier est celle d'une femme qui éprouvait des voix qui ne faisaient pas de bruit. C'étaient des voix intérieures qui lui ordonnaient d'aller boire : elle était en plein accès dipsomaniaque.

Mignard a observé cette vieille fille qui ne pouvait plus penser car elle avait à la place de la pensée une petite voix. Cette femme avait des crises de désespoir de ne pas être mariée. Elle se complaisait dans d'agréables rêveries compensatrices, où un prêtre qu'elle avait connu récemment jouait un rôle agréable. Son enthousiasme, dit Mignard, s'exaltait et en même temps s'établissait le sentiment que les paroles qu'elle lui adressait parvenaient jusqu'à lui. La parole et la pensée se détachaient ainsi peu à peu d'elle-même, elle perdit la faculté de parler elle-même, elle entendait une petite voix dans sa tête qui lui plaisait beaucoup.

Les représentations aperceptives qui obsédaient constamment le malade de Janet : la cour du lycée et les arbres, étaient pour lui, obsédé par l'idée de captivité, l'image de la captivité, de la dépendance. « Ce qui me tourmente le plus, dit-il, ce ne sont « pas ces images, ce sont les pensées qu'elles représentent. »

La vision de billets de banque (Buccola) se présentait à l'esprit d'un garçon qui était obsédé depuis longtemps par l'origine des billets de banque.

Quant à l'observation du malade que nous avons récemment observé à la Clinique, qui accusait des représentations aperceptives obsédantes, qui revivait une scène de son enfance, il s'agissait d'un slave, « globe trotter », à tendances schizoïdes, qui nous a raconté qu'il avait voué une haine farouche à ses parents pour l'avoir mis au monde. Masturbateur de bonne heure, il a gardé un souvenir atroce des « corrections » qu'on lui infligeait ; ce sont ces scènes qui l'obsèdent et le mettent au comble de l'exaspération.

A propos de ces *représentations aperceptives*, rappelons que Pitres et Régis ont insisté sur le caractère représentatif de certaines obsessions, ils publient des notes curieuses d'un de leurs malades :

« Il me semble, écrit-il, que je nommerai hallucination représen- « tative un troisième élément nécessaire pour définir l'obsession... La « volonté dit : « je veux sourire, je veux raconter ceci ou cela » et

« la contre volonté dit : « non, tu ne le feras pas », et immédiatement « l'image apparaît entre la volonté et la contre-volonté. Dans ces « moments-là, je me vois, je vois une figure grimaçante. *L'image en « elle-même n'a naturellement rien d'anormal, mais toujours renou- « velée elle devient une hallucination représentative.* »

Il paraît assez clair, par conséquent, que lorsque les sujets, par manque d'introspection, par illusion aussi, nous présentent ces phénomènes comme construits en dehors de leur propre personnalité, ils se trompent, et que de tels phénomènes sont tous profondément intégrés à leurs tendances actuelles. Il se produit là quelque chose de tout à fait analogue à l'hallucination proprement dite, ce qu'il faut déterminer, c'est quelles sont les conditions d'une telle erreur. C'est là qu'est le véritable problème : il ne consiste pas à justifier l'erreur elle-même, à la supprimer, en supposant que les dires des malades expriment des phénomènes effectifs.

Souvent les malades participent activement à ces phénomènes. Telle, par exemple, la malade de Trénel, à qui il suffit de penser à son ami pour que sa voix intérieure lui apparaisse. Nous avons vu quelque chose d'analogue dans l'observation de Mignard. On sait combien les malades savent devenir facilement les complices de ces voix. Une de nos malades qui entend tout le temps, sans arrêt, une voix dans sa tête, nous disait : « Ça me tient compagnie, c'est un peu agaçant à la longue, mais ce n'est pas désagréable, au contraire ! » Les « hallucinations psycho-motrices » où les malades profèrent les paroles qu'ils entendent constituent le flagrant délit dont nous parlions plus haut.

Quant à la question fondamentale de savoir si de telles voix portent en elles la marque particulière de leur prétendue fabrication anormale, si elles ont relativement à la pensée et à la parole intérieure des caractères distinctifs, la malade de B. Leroy, dont nous avons rapporté les propos, s'exprime clairement sur ce point. Il s'agit bien pour elle de *voix,* c'est elle qui emploie le mot et pourtant ce sont des pensées exactement comme quand on pense à quelque chose. De même le malade de Pitres et Régis avait bien soin de nous indiquer que les images qu'il éprouvait n'avaient en elles-mêmes rien d'anormal. Nous rapporterons plus loin un cas analogue. C'est donc qu'il faut chercher ailleurs que dans leur forme même le caractère qui fait de ces idées, de ces images, quelque chose de spécial.

Dès lors, nous sommes bien fondés à dire que, dans tous ces cas de voix psychiques, de représentations aperceptives, d'hallu-

cinations du souvenir obsédantes, la théorie mécanique est incapable de nous donner une explication suffisante, puisqu'au contraire de ce qu'elle exige, *de ce qu'elle ne peut pas ne pas exiger*, nous trouvons partout une étroite solidarité entre le phénomène obsédant, la pseudo-hallucination et la personnalité du sujet, contrairement à ce qu'il éprouve, lui. Seuls, quelques phénomènes comme le mentisme, quelques cas d'hallucinose (1) (ces cas d'hallucinations « conscientes » dues à des excitations sensorielles dont nous avons longuement parlé), de même des sensations anormales douloureuses ou paresthésiques seraient justiciables d'une telle interprétation. Nous devons donc chercher d'un autre côté.

B. Théorie de la croyance délirante (*Phénomène d'influence*). — Nous venons de voir que lorsque les malades nous disent qu'ils entendent des voix intérieures bien gênantes, des inspirations, qu'ils ont des visions obsédantes, des souvenirs qui leur reviennent tout le temps, leur personnalité, leurs tendances, étaient plus engagées qu'ils ne le croyaient eux-mêmes dans le mécanisme du symptôme. Pour être inconsciente, la relation entre de tels symptômes et le moi n'en est pas moins réelle. *Ils renient leur propre pensée,* ce qui est souvent leur préoccupation dominante, c'est la racine même du syndrome d'action extérieure (Claude), du délire de dépossession (Lévy-Valensi), ou d'influence (Ceillier).

De ce point de vue — que nous avons défendu dans les lignes qui précèdent — il y a chez ces malades une croyance délirante dont dépend le caractère xénopathique de tels phénomènes.

Quelle idée se faire de la genèse d'une telle croyance dès lors ?

1° *La psychanalyse* que nous avons déjà rencontrée pour expliquer les obsessions actives, a trouvé dans de pareils faits son maximum d'efficacité. C'est, dit la théorie freudienne, qu'il s'agit dans ces cas d'une substitution inconsciente aux mobiles secrets d'images, de représentations en apparence absurdes, neutres et d'autant plus absurdes, qu'ainsi elles paraissent être à la conscience du sujet complètement en dehors de lui. C'est le mécanisme même de la projection qui est en même temps une disculpation. Il n'est pas douteux que des malades offrent à la sagacité des psychiatres la possibilité d'interpréter ainsi les choses.

(1) Précisons un point important : si les excitations sensorielles, comme nous l'avons établi ailleurs, ne réalisent par elles-mêmes que des phénomènes d'hallucinose, tous les cas d'« hallucinations » conscientes, inversément, ne sont pas nécessairement dues à des excitations mécaniques.

Lorsqu'ils nous disent, par exemple : « Comment voulez-vous que ce soit moi qui ait de telles idées. Tout le temps on me fait penser à des saletés, à des choses inouïes ! » Nous ne voulons pas insister sur ce point que nous retrouverons plus tard quand nous étudierons les conditions affectives des hallucinations.

2° D'autres obsessions de ce genre se présentant comme pseudo-hallucinations paraissent constituer le développement de certaines obsessions actives. Nous en verrons des exemples plus loin, lorsque nous verrons certaines phobies, certains états affectifs obsédants prendre l'aspect de phénomènes parasites (pseudo-hallucinations psychiques, représentations aperceptives.

3° Enfin un troisième mécanisme a, depuis longtemps, été mis en évidence. Cotard (1909), Séglas, Mignard, Claude et Ceillier y ont insisté longuement. En Allemagne, Wolpert (1926) et Schröder (1928) considèrent également que l'essentiel, le primordial, est le fait que la propre pensée du malade n'est plus reconnue comme personnelle. Ces phénomènes apparaîtraient à la conscience du sujet comme parasites, en vertu d'un sentiment foncier d'influence ou d'action extérieure dont ils ne seraient que la manifestation secondaire. C'est peut-être à l'interprétation de ce sentiment que la théorie de Janet pourrait contribuer le plus utilement, et nous croyons que c'est dans ce sens précisément qu'il parle des *sentiments d'emprise* chez les délirants psychasthéniques et les influencés. C'est ce que nous verrons ultérieurement dans la partie instructive de nos travaux sur les hallucinations dans les psychoses.

C. Théorie psychasthénique. — Nous avons vu que les obsessions parasites ne paraissent pas relever d'un mécanisme univoque. Tandis que quelques phénomènes obsédants apparaissent, avec raison, au sujet déterminés par une action où sa personnalité ne prend aucune part (depuis le prurit jusqu'au mentisme... et au fond à tous les troubles *effectifs* de la pensée dont le sujet a conscience), d'autres nous ont paru devoir être rattachés au mécanisme de la projection psychanalytique (mécanisme névrotique que l'on peut accepter d'ailleurs sans adhérer au freudisme). D'autres encore se présentent comme l'objectivation partielle de sentiments mélancoliques (voix auto-accusatrices) de ces mêmes sentiments qui, nous l'avons vu, orientent et soutiennent la plupart des obsessions actives. Jusqu'ici — à part les phénomènes pour lesquels l'excitation mécanique peut être retenue — c'est donc à une théorie essentiellement affective que nous aboutissons.

M. Janet a, dans ses nombreux travaux, montré que l'unité de notre personnalité, notre capacité d'agir, de réfléchir, de nous affirmer avec tous les sentiments qui accompagnent notre action efficace et notre pensée docile, personnelle et secrète, constituent le plan le plus élevé de notre activité psychique. C'est au prix d'un effort, d'une tension nécessaire à une telle activité, que nous nous maintenons à ce niveau supérieur. Quand notre tension psychologique fléchit au contraire, nous ne tardons pas à être envahis de sentiments, de phénomènes plus ou moins bizarres et désagréables, qui brisent notre unité et transforment en même temps les sentiments que nous avons du monde extérieur (sentiment d'étrangeté, de déjà vu, etc...) et de notre monde intérieur (sentiment de vide, d'automatisme).

Nous pouvons donc, comme M. Janet, envisager à ce point de vue les phénomènes dont nous nous occupons, et nous pensons que tous ceux-là qui ne sont pas réductibles aux divers mécanismes affectifs ou mécaniques que nous avons cru devoir accepter relèvent bien du mécanisme psychasthénique. C'est à lui qu'on pourrait, en dernière analyse, attribuer ce sentiment d'influence, d'action extérieure inhérent aux états de basse tension.

Bien plus même, à ce point de vue encore plus général — et qui se rapproche peut-être davantage de celui de M. Janet — on pourrait grouper ensemble tous les états qui constituent la névrose obsessionnelle où s'intriquent les obsessions actives et les obsessions passives. Et même quand le mécanisme de divers symptômes particuliers (phobies, pseudo-hallucinations psychiques, représentations aperceptives, impulsions, manies, ruminations, etc.) nous paraît relever des facteurs proprement affectifs dont nous avons parlé, on pourrait envisager que le fond commun à tous ces états est l'état psychasthénique. Si bien qu'il y aurait à ce point de vue, dans les divers tableaux cliniques (mélancolie, démence précoce, accès maniaques, délires, névrose d'angoisse) où se manifestent les phénomènes obsessionnels, quelque chose de commun à tous qui serait précisément la psychasthénie.

Une telle conception de la psychasthénie ne la représente pas comme une maladie, une affection autonome. Elle est un état psychopathique symptomatique de bien des maladies mentales. La mélancolie est une des affections où elle prend son aspect le plus typique. Nous avons déjà vu combien étaient étroits les liens qui, pour la plupart des auteurs, unissent les états dépressifs aux troubles obsessionnels. La manie — elle-même — malgré ses apparences, son agitation est également un état de basse tension.

Sans y insister comme il le faudrait notons en passant que dans le syndrome mélancolique, les syndromes se groupent dans le sens des obsessions actives, tandis que dans la manie plus facilement semblent naître les phénomènes parasites (le syndrome d'influence chez les maniaques est loin d'être exceptionnel).

En tous cas, la psychasthénie représente un mécanisme psychopatologique très général, *il n'exclut pas, mais appelle bien plutôt une explication physiologique* (ce que trop souvent on semble ignorer en traitant dédaigneusement une telle conception de « psychogénétique » !

A ce titre, on ne peut pas ne pas rapprocher ce mécanisme de celui que Bleuler a mis en évidence dans ses études sur la schizophrénie. Tous deux admettent une explication physiologique fondamentale et des pathogénies psychologiques, des symptômes. Tous deux reculent jusqu'à ses plus extrêmes limites l'interprétation mécanique des phénomènes psychopathiques.

Sous l'angle de la psychasthénie, les phénomènes qui nous intéressent particulièrement, les pseudo-hallucinations à caractère parasite (éléments du syndrome d'influence) apparaissent (déjà Friedman l'avait fait remarquer) comme beaucoup moins primitifs, immédiats, neutres, que les malades et aussi quelquefois les médecins ne se l'imaginent.

⁂

Nous allons illustrer une telle vue des choses par un exemple : l'observation d'une malade de la clinique dont nous ne rapportons que quelques traits :

Fernande, à 37 ans, a présenté, au début de 1928, une période de « dépression mélancolique ». Elle ne pouvait plus quitter son lit, était très fatiguée. En avril 1928, elle eut une période d'excitation, sensation euphorique. Elle était cependant souvent reprise par ses idées noires dès qu'elle était fatiguée. Elle éprouve d'ailleurs souvent l'impression d'une grande lassitude. Elle fréquente une consultation psychiatrique pendant 3 ans pour un état de dépression et de lassitude.

En 1931, elle a ébauché quelques idées de persécution vis-à-vis de son entourage.

Au début de 1932, elle est entrée dans une grande crise délirante dont elle n'est pas sortie. Il s'agit d'un syndrome d'influence obsédant.

Caractère d'obsession des phénomènes : « Je ne puis pas faire le « vide dans ma tête. Je ne puis pas y arriver. Il reste quelque chose « de surnaturel. C'est un phénomène physique que je ne puis pas « exprimer. *C'est comme un chien à qui on a mis une muselière.* C'est « gênant. C'est absurde. C'est ridicule. Ça m'énerve. Ça m'agace. Quand

« je parle, il y a toujours quelque chose en moi. Je ne puis pas arri-
« ver à penser, j'entends continuellement. Tout ça ne vient certaine-
« ment pas de moi. »

Pseudo-hallucinations psychiques (voix intérieures) : « On parle
« tout le temps, on cherche à m'embrouiller. Ça fait comme si j'avais
« quelqu'un en moi. J'entends parler comme une voix. J'entends plu-
« sieurs voix. »

Représentations aperceptives : « J'ai des visions épouvantables,
« Docteur. Je me demande ce que vous me faites voir, c'est affreux. »

Syndrome psychasthénique : Il y a longtemps que je ne suis plus
« la même. Dès que je veux penser, j'ai la tête dans un état épouvan-
« table. Je ne suis pas moi-même. Il y a des moments où je me mets
« à genoux avec mes voix. J'ai la tête fatiguée. Il y a des moments où
« j'ai de la peine à penser. Je n'ai pas de mémoire. C'est un état de fai-
« blesse. Je voudrais lire et je ne puis pas. Je ne puis pas être à la lec-
« ture. » En même temps, elle a une idée obsédante : *la peur d'être bête.*

Ce qui nous paraît foncier chez elle, c'est *l'état d'asthénie mentale* qui se traduit par ces accès de dépression, avec pensée embrouillée, incapacité d'agir et de penser efficacement. Elle-même nous dit : « Ça
« a commencé par le manque d'asssurance. Par exemple, je voulais
« me lever pour faire quelque chose, je regardais la chose et je ne
« faisais rien, tout était comme ça. »

Cet état se manifeste par une *véritable obsession de la pensée intérieure, ou langage intérieur* qu'elle éprouve comme étranger et irréductible : elle ne peut faire le vide dans sa tête. Il ne s'agit pas ici d'une production parasite positive : ce sentiment de parasitisme est fondé d'abord sur une grande confusion en ce qui est sa pensée, la voix qu'elle entend, ce qu'elle dit elle-même, c'est-à-dire par un sentiment de malaise général et de vague de toute l'activité psychique et de ses opérations, ensuite sur la nature même, le contenu de ses idées. On se rend compte de cela dans les réponses qu'elle nous fait. Nous demandons : « Quelle différence faites-vous entre vos voix et vos propres pensées ? — Ah ! ma foi, je ne me rends pas compte. Je ne sais pas. — Est-ce que les voix sont plus fortes ? — Ah ! non, j'arrive à dire que tout est des voix. Il me semble que la voix serait l'accompagnement de la pensée... Oui, c'est ça... peut-être... enfin je ne sais pas. — Et vos visions ? — Ah ! ce sont des visions extraordinaires. Je me demande où je vais chercher ces visions que j'ai... Ce sont des visions qui me sont produites. Ce sont des visions comme quand on se représente les choses. Ça me gêne, Docteur, de vous dire ça. Oh ! souvent je vois Messieurs les Médecins. Mais vous savez... Oh ! non, c'est même un peu fort. Tenez, maintenant, je les vois. Naturellement vous ne les voyez pas. C'est l'imagination avec de la physique. — Quelle différence faites-vous entre ces visions et ce que vous imaginez vous-même ? — Au point de vue respect, oui, respect, c'est ça. Respect et intelligence. Parce que là, vraiment, je serais trop dépravée et mal apprise... »

On saisit ici sur le vif le procédé de disculpation qui est à la racine de cette « semi-objectivation » de la propre pensée de la malade. Mais en même temps, on ne peut pas ne pas voir dans cette observation le fond de désordre mental, à caractère d'inconsistance, de « confusion », qui sous-tend — comme étant sa condition essentielle — le sentiment obsédant d'influence, d'action extérieure.

⁂

Au terme de cette étude des états obsessionnels, nous pouvons dire qu'il paraît y avoir une condition générale à leur éclosion, c'est ce que Janet a appelé la psychasthénie.

Quant aux symptômes eux-mêmes qui se groupent en deux séries : les obsessions actives et les obsessions passives, ils admettent dans leur déterminisme particulier des explications diverses que l'on peut réduire à quatre :

1° pulsion affective du type anxiété (comme le voulait Morel) plus ou moins systématisée (facteur mélancolique) ;

2° pulsions affectives inconscientes selon le mécanisme de *projection* analytique (facteur psychanalytique) ;

3° production automatique pure de type « neurologique » de phénomènes élémentaires (facteur mécanique) ;

4° sentiment d'influence conditionné par un état d'affaiblissement de la tension psychologique (facteur psychasthénique).

Nous avons essayé de montrer comment l'opposition (la seule cliniquement soutenable) d'états obsédants actifs et d'états obsédants parasites, dès que l'on abordait la question pathogénique ne pouvait plus être maintenue. C'est de la méconnaissance de ce point de vue qu'à notre sens provient l'erreur mécaniste que nous avons essayé de dénoncer. Elle consiste dans un premier temps à essayer de montrer qu'il y a des états d'obsession parasites qu'elle présente comme primitifs et « neutres ». Dans un deuxième temps, à étendre ce qui, *à la rigueur,* ne pourrait être vrai que de ces obsessions à l'autre groupe. Une fois débarrassés d'une telle vue simpliste des choses, nous nous trouvons ici en présence, *grosso modo,* de phénomènes déterminés ou par des facteurs affectifs fonciers, ou par un état de faiblesse psychique dont il appartient principalement à la physiologie de rendre compte.

III. Passage de l'obsession à l'hallucination

Ce fut une époque héroïque de la psychiatrie que celle où on disputa des relations du délire et de l'obsession, de l'hallucination et de l'obsession. En France, J. Falret, Magnan, tenaient pour certain que l'obsession ne passe ni au délire ni à l'hallucination. En Allemagne, Westphall soutenait la même opinion. Cependant, ce n'était pas l'avis de Séglas, Raymond et Arnaud, Gilbert Ballet, de Pitres et Régis, etc., chez nous. A l'étranger, Tuczek (1899), Heilbronner (1898), combattent l'opinion de Westphall. Morselli parle à propos des obsessions de paranoïa rudimentaire.
Depuis longtemps, ces discussions parraissent éteintes, car nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, le problème des hallucinations indéfiniment étendu a absorbé celui des obsessions. M. Janet a continué à s'occuper de ces questions, et récemment il a décrit le *délire psychasthénique*, ayant déjà insisté sur l'aspect hallucinatoire de certaines obsessions (1).

Obsession et délire. — Après les analyses que nous venons de faire, le problème du passage de l'hallucination au délire et à l'hallucination nous paraît relativement simplifié.

Encore une fois, récapitulons les points acquis jusqu'ici.

L'hallucination est la conviction intime de percevoir un objet absent. Sous le nom de pseudo-hallucinations, il faut ranger tous les phénomènes d'apparence hallucinatoire (projetés hors de la pensée propre du sujet), qui, ou bien ne constituent qu'une erreur à propos de perceptions réelles (illusions), ou bien n'ont pas de caractère perceptif (ne sont pas projetés dans l'ordre des objets extérieurs). C'est surtout cette 2e classe de pseudo-hallucinations (qui comprend les hallucinoses, les voix, les pensées suggérées, les représentations aperceptives) que nous avons particulièrement en vue ici, car leur caractère est précisément de se montrer généralement obsédantes : elles ne sont ni des objets réels, ni des pensés du sujet, ce sont des phénomènes mi-objectivés. M. Janet appelle ces phénomènes des hallucinations incomplètes. D'autre part, nous avons vu qu'il existait des phénomènes obsédants actifs dont la caractéristique était de se présenter comme une domination de la volonté du malade, qui se trouve forcé à faire, à croire, à penser quelque chose.

Quel rapport le délire peut-il avoir avec ces divers états obsé-

(1) Nous regrettons de ne pas pouvoir utiliser ses derniers articles parus dans le *Journal de Psychologie*, alors que le présent travail était à l'impression.

dants ? Il nous paraît bien difficile de ne pas dire qu'une phobie est délirante. Aussi bien les premières études faites par Falret père sur ce point étaient des études sur le *délire du toucher* et toute la classe des obsessions actives se laisse assez facilement interpréter comme un véritable délire obsessionnel. La question ne pouvait se poser que pour les obsessions passives. Un malade se plaint d'une ritournelle incessante, d'entendre comme une voix perpétuellement dans sa tête, d'être assailli par un souvenir qui revient toujours, etc. Qui ne voit que cette question, comme nous l'avons longuement souligné, est liée à celle de savoir si, effectivement, il se présente — comme le croit le sujet — à sa conscience des phénomènes par excitation mécanique fortuite, automatique, ou s'il se trompe. Si bien qu'en dehors des cas où nous avons admis (pour certaines hallucinoses, pour des phénomènes qui troublent *effectivement* le cours de la pensée) qu'il s'agit de phénomènes *effectivement* parasites, il y a délire dès que le malade croit à ce parasitisme non effectif. Ce n'est pas seulement lorsqu'il l'explique par des idées plus ou moins absurdes, c'est dès qu'il croit que sa propre pensée n'est pas sienne que commence le délire.

Obsessions et phénomènes hallucinatoires. — Mais ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont les relations de l'obsession et des phénomènes hallucinatoires.

Du point de vue séméiologique, nous pouvons dire que l'obsession et l'hallucination vraie sont exclusives l'une de l'autre : l'hallucination se pose à la conscience du sujet comme un objet réel. Sans doute, il y a, dira-t-on, des objets réels qui nous « obsèdent », lorsque nous sommes importunés par un orgue de Barbarie par exemple, mais le mot obsession est détourné alors de son véritable sens (1). En tous cas, ce n'est que dans ce sens que l'on pourrait parler *d'hallucination obsédante.* Lorsqu'on a employé ce terme (Séglas, le premier), il visait des *pseudo-hallucinations* (hall. psychiques). On l'emploie, les malades eux-mêmes l'emploient quelquefois pour marquer le caractère terrifiant de certaines hallucinations.

Nous avons déjà vu que les obsessions passives se présentaient comme des pseudo-hallucinations (c'est même à notre avis le véritable sens de la plupart des phénomènes pseudo-hallucinatoires).

(1) Il s'agit là, en effet, d'une réaction banale à un objet réel, et si l'on donne le nom d'obsession à ce phénomène, on ampute l'obsession de sa valeur morbide, de son élément de lutte qui caractérise l'obsession active, de son élément de parasitisme qui caractérise l'obsession passive.

Pour ce qui est des obsessions actives, elles ne se présentent pas comme des hallucinations vraies — en tant qu'elles restent précisément obsessions — ni comme pseudo-hallucinations, car le sujet reste toujours conscient qu'il s'agit de phénomènes dont il est plus ou moins l'auteur.

Du point de vue pathogénique, le problème prend toute son importance car il s'agit de voir quelle identité de mécanisme il peut y avoir entre ces divers phénomènes et d'étudier le passage de l'un à l'autre. Ce sont les faits qui, naturellement, vont trancher la question, aussi allons-nous d'abord les exposer. Pour mettre un peu d'ordre — même s'il paraît un peu arbitraire — dans cet exposé, nous allons examiner successivement à quels phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires donnent lieu les quatre mécanismes que nous avons cru devoir isoler comme facteurs possibles d'explication des phénomènes obsessionnels. Ce sera d'ailleurs une occasion de préciser quelques points importants.

A. *Les phénomènes parasites affectifs (d'ordre mécanique) et les états hallucinatoires.* — Nous avons vu que des excitations sensorielles, que des troubles du cours de la pensée, pouvaient se présenter à la conscience des sujets avec des caractères d'importunité, de gêne. Nous avons, dans un travail antérieur, étudié les hallucinoses qui produisent de tels troubles sensoriels. Nous avons vu que, par eux-mêmes, ils n'entraînaient pas le sujet à croire à une action extérieure autre que celle de la maladie (ils sont reconnus comme morbides). Ce sont des phénomènes qui ne sont ni délirants, ni hallucinatoires. S'ils le deviennent, c'est que d'autres conditions psychologiques et physiologiques interviennent. Nous avons longuement étudié ce point dans notre précédent travail (Hallucinose et Hallucinations).

B. *Les états d'anxiété obsédante et les états hallucinatoires.* — Nous avons vu — d'accord avec la plupart des auteurs classiques, qu'un grand nombre d'obsessions actives étaient liées à un état d'anxiété foncière qui s'empare des malades et leur fait redouter toutes sortes de malheurs, de pensées, d'actions, etc...

Cette angoisse peut prendre l'aspect d'une préoccupation dominante et aboutir à l'hallucination. Loewenfeld cite plusieurs cas de ce genre. Il montre comment la peur déclanchée par un tremblement de terre, tenait une femme tellement terrifiée que longtemps après son séjour au Japon, elle revivait les impressions éprouvées (p. 179). Une autre personne avait eu une violente émotion en assistant à un accident de voiture, et lorsqu'elle se trouvait dans la rue, il lui semblait toujours entendre un cheval

derrière elle, ce qui l'obligeait à se détourner. Un des exemples les plus frappants et les 'plus connus est celui de Laroussinie. Il s'agissait d'un malade qui avait des idées d'auto-accusation et était en proie à une anxiété très vive. Il ne cessait de s'accuser d'avoir été un assassin. L'anxiété devient de plus en plus vive : on va le tuer, il entend creuser sa fosse. Dans la nuit il entend : « On va te supplicier ; on va te traiter comme on a traité les prisonniers au Tonkin... » Ensuite ce sont des cris épouvantables. On crie « à bas le criminel ». On le menace parce qu'il a eu des relations avec une femme beaucoup plus âgée que lui, etc... Ensuite il se calme et il entend des voix basses, des voix qui parlent par l'esprit. L'observation de Rédalié est également démonstrative. Ce malade se croyait damné, il était obsédé par cette idée qui se fondait sur une très vive anxiété : il entendait une voix intérieure qui lui demandait : « Où as-tu péché ? » Cette voix lui annonçait du Vatican « qu'il est damné », etc...

Nous pourrions citer ici plusieurs observations de nos malades de la Clinique. Mais nous nous proposons de revenir sur ce point quand nous traiterons des conditions affectives des hallucinations. Retenons simplement que l'anxiété obsédante peut passer soit à l'état d'hallucination psychique (pseudo-hallucination), soit même à l'état d'hallucination absolument authentique.

C. Les complexes affectifs directement ou indirectement obsédants et les phénomènes hallucinatoires. — Nous avons vu que les obsessions à ce point de vue pouvaient relever soit des préoccupations affectives très vives (par exemple cet homosexuel terrorisé par son vice qui en était continuellement obsédé), soit par mécanisme de substitution de complexes inconscients. Du point de vue qui nous intéresse, nous pouvons y joindre tous les états obsédants caractérisés par — quel qu'en soit au fond leur mécanisme — la domination d'un affect ou d'une idée prévalente : c'est pourquoi nous toucherons ici — car la question du passage à l'hallucination est la même — à l'idée fixe hystérique. *Lorsqu'on parle du passage de l'obsession à l'hallucination, c'est généralement ce cas que l'on vise où il existe un état psychique très intense, dont le contenu, en se présentant sous forme d'hallucinatoire, crée l'hallucination* (1). C'est un problème fort important puisque de sa solution dépend — en grande partie — la solution du problème de l'hallucination elle-même.

Nous avons déjà vu quelque chose de très net dans ce sens, en

(1) C'est là le type d'un symptôme créé par son contenu « noétique » et affectif.

suivant le progrès de l'élan anxieux jusqu'à son aspect authentiquement hallucinatoire.

Maintenant, il s'agit de quelque chose de plus systématisé encore qu'un état affectif, il s'agit d'une idée (c'est-à-dire d'un certain système de représentations et de croyances).

C'est Séglas (1892), qui, le premier, a mis en évidence un tel mécanisme. Les observations de Stephani (1891), Buccola, celles de Loëwenfeld (1904), les faits rapportés par Janet, constituent une importante contribution à la question.

Meuriot, dans sa thèse (1903) s'est particulièrement occupé de la question et, pour lui, il n'y a pas ou plutôt il ne peut pas y avoir d'hallucinations authentiques, ce sont toujours des pseudo-hallucinations, des « hallucinations » psychiques que l'on observe. Il fait état de faits personnels et des observations de Séglas, de Janet, de Gilbert Ballet. En réalité, il a systématiquement négligé les faits qui sont pourtant assez probants et qui étaient connus de son temps. L'observation de Stephani est très remarquable, par exemple, et il ne la cite même pas. Cette malade était très scrupuleuse, elle avait des doutes sur la perfection du travail qu'elle venait d'exécuter. Cela l'obsédait à ce point qu'elle voyait devant ses yeux les objets correspondant au travail qu'elle avait fait et qu'elle réagissait à ces objets comme s'ils étaient réels.

Pitres et Régis citaient également (1902) le cas d'une femme sujette à des crises hystériformes, qui ayant « l'obsession anxieuse » d'être trompée par son mari, « voyait la nuit la scène de l'adultère comme si elle avait lieu réellement ». — Un autre de leur malade présentait également une obsession jalouse. Dès que l'idée se présentait à son esprit, dans la journée, elle s'accompagnait de la vision de sa femme au bras d'un homme. « Aucun peintre ne pourrait faire mieux », disait le malade.

Rappelons encore l'observation de Séglas. Il s'agissait d'un malade de 28 ans, qui, à la suite de la vue d'un chien enragé, eut la phobie de la rage. Il lui est arrivé parfois de voir comme écrit ou d'entendre bourdonner à ses oreilles le mot « rage, rage, rage ». Un jour même, sa crise l'ayant pris dans la rue, il se mit à s'enfuir devant un chien enragé imaginaire qu'il croyait voir à ses trousses ; il cria, ameuta les passants ébahis, qui ne voyaient rien du tout pour leur part.

Depuis lors, citons une observation de Dupouy (1913), que l'auteur estime « démonstrative de la transformation progressive d'une simple obsession, consciente au début et combattue, à un délire hallucinatoire ». Cette femme, en effet, obsédée par la

crainte des chats enragés, s'aperçut que son mari parlait constamment de ces chats. Elle entendait la voix de son mari dire : « Le chat y a été dessus. » « Il y a de la rage », etc. Dupouy ajoutait : « J'ai suivi cette malade durant plusieurs années et j'ai pu assister à la transformation progressive d'une simple obsession consciente, au début..... à un délire de persécution..... La phobie de la rage a donné lieu à un délire hallucinatoire de persécution. »

Plus récemment, Targowla, Lamache, Lignères (1926), ont observé à la Clinique une malade obsédée par la crainte « de faire des choses malpropres avec les enfants ». Une nuit, elle se réveille en proie à une terreur affreuse, elle a des visions d'enfants. Elle sait d'ailleurs que ses voisins connaissent ses idées affreuses. Elle les entend qui la menacent et l'injurient à ce sujet. Loëwenfeld rapporte également d'intéressantes observations. Celle, par exemple, d'une malade qui avait la hantise du suicide : « Lorsque cette obsession atteignait son plus haut degré, *la « malade voyait très distinctement devant elle un couteau bien « aiguisé dont elle avait envie de se servir.* » Celle-ci encore particulièrement curieuse et démonstrative : Une jeune femme fut très impressionnée par le récit d'une épidémie de choléra et eut peur d'être infectée. Un peu plus tard elle lut un traité sur la variole et fut obsédée longtemps par cette maladie. Elle vit un flacon de sublimé teint en rouge. Elle eut la terreur, à ce moment, de voir du sublimé dans tous les liquides qu'elle voyait. Elle évitait de boire et surtout de toucher de l'eau. En faisant sa toilette, elle comptait jusqu'à 10 *et quand elle disait 10 l'eau devenait rouge.*

Nous sommes ici très près de tous ces phénomènes de suggestion hystérique que l'on voit occuper dans l'histoire de l'hystérie un si grand rôle : l'idée fixe hystérique que Janet définit le développement dans tous ses détails concrets d'une scène, d'un souvenir. Ces phénomènes doivent, dans les considérations théoriques que nous sommes en train de faire, trouver leur place. Récemment encore, Janet rappelait l'observation de sa malade Irène qui, dans les crises névropathiques qu'elle présentait, revivait intensément et réellement les scènes de la mort de sa mère.

Les idées fixes hystériques se trouvent étudiées par centaines dans tous les ouvrages qui ont trait à l'hystérie. Rappelons celle de Justine (névrose et idées fixes) : elle voyait des cadavres d'hommes morts de choléra. Cette vision était affreuse. Sous l'influence de la suggestion de Janet, elle les vit d'abord habillés en généraux chinois et l'obsession du choléra se désagrégea peu à

peu jusqu'à disparaître, en même temps que les visions elles-mêmes. L'observation 36 du même ouvrage (p. 129) est également bien caractéristique et vaudrait d'être rappelée.

A la Clinique, nous avons eu également l'occasion de voir une malade qui conversait avec son père mort en refusant de croire qu'il n'était plus en vie. Il serait nécessaire de rappeler également les cas de contagion mentale, certaines idées spirites, etc...

Tout récemment (juin 1932) dans une conférence faite à la Clinique, Steckel rapportait l'observation d'un état obsédant. Il s'agissait d'un malade qui avait l'obsession, en chemin de fer, de frapper à toutes les portes des compartiments. Il entendait une voix qui formulait son obsession. S'il essayait de « tricher » en faisant semblant de heurter les portes en passant dans le couloir, la voix lui disait : « Mais non ! il faut vouloir frapper ! » Le mécanisme névrotique de l'obsession elle-même était, de par ailleurs, évident chez ce malade.

Tout cela est très important, *car on saisit le développement d'un affect ou d'une idée jusqu'à sa concrétisation, sa matérialisation sous sa forme hallucinatoire.*

Si cela a une importance théorique extrême, pratiquement, il faut bien le dire avec Meuriot, il s'agit le plus souvent de voix psychiques de pseudo-hallucinations. Janet a insisté sur le côté symbolique de ces représentations aperceptives, de ces visions. Il rappelle le cas cité par Josuah Royce, d'un mystique anglais, John Bunyan, atteint de délire du scrupule, qui entendait des voix qui lui disaient : « Veux-tu laisser tes péchés et avoir le ciel ou conserver tes péchés et avoir l'enfer ? »

Nous aurons l'occasion de revenir sur tous ces points quand nous étudierons les états extatiques et surtout quand nous analyserons les phénomènes hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires dans les délires.

D. Les états psychasthéniques et les phénomènes hallucinatoires. — Il nous reste à envisager un autre aspect de la question. Nous avons vu, en effet, les cas où un affect ou une idée se développent jusqu'à prendre une forme pseudo-hallucinatoire et même, dans certains cas, complètement hallucinatoire. Mais nous avons vu que l'état psychasthénique entraînait un ensemble de troubles très divers (sentiments d'étrangeté, de vide, agitations forcées, anarchie intellectuelle, etc.). N'y a-t-il pas, en dehors du mécanisme ci-dessus mis en évidence (continuité du phénomène hallucinatoire avec les tendances affectives, l'idée fixe du sujet), un autre mécanisme proprement psychasthénique des phénomènes hallu-

cinatoires. En se détendant, l'activité psychique, de ce seul fait, ne produit-elle pas des phénomènes de ce genre ? Nous avons déjà répondu par avance à cette question lorsqu'à propos du mécanisme des obsessions, nous avons admis que les états de basse tension provoquaient des phénomènes d'obsession passive qui sont précisément des pseudo-hallucinations ; l'observation clinique que nous avons à ce sujet rapportée est tout à fait démonstrative. Mais il semble là aussi que l'hallucination vraie ne se rencontre guère dans ces états. Un cas de Catsaras est également très remarquable. Il s'agissait d'un « neurasthénique » qui présentait des troubles bizarres. Il entendait de véritables voix intérieures avec un timbre reconnaissable dont le siège principal était à la partie postérieure de la tempe gauche. Cette voix l'interrogeait sur le problème de l'infini. Elle lui suggérait des solutions absolument extravagantes, des séries de multiplications réversibles qui devaient résoudre la question de l'infini. Il est en dialogue perpétuel avec ses voix sur ce sujet.

La malade de Truelle et Bonhomme (1910) illustre très bien l'interdépendance des phénomènes obsessions, pseudo-hallucinations et hallucinations. Il y a eu, chez cette femme, passage successif de l'un à l'autre de ces phénomènes, qui s'intégraient tous foncièrement dans un état psychasthénique. Pour les auteurs il ne s'agissait ni de mélancolie, ni de délire, mais d'un état obsédant foncier. Il s'agissait d'une femme qui avait de nombreuses « manies ». Les « esprits » le furent encore plus qu'elle-même ! Ils lui commandaient de faire des choses fastidieuses, qui n'en finissaient pas. Si elle essayait de s'y soustraire, c'étaient des scènes épouvantables. Les voix lui faisaient des reproches jusqu'à ce qu'elle se conforme au rite établi.

Rien ne peut, à notre sens, mieux montrer la solidarité de l'obsession dans ces cas et de sa forme pseudo-hallucinatoire. Ici l'obsession n'a pas précédé, comme dans les cas que nous envisagions, dans le paragraphe précédent, sa manifestation pseudo-hallucinatoire parasite ; il y a eu en même temps, et dans le même symptôme, confusion des deux phénomènes. Il y a, pourrait-on dire, « *étrangeté du monde intérieur* », dont les conditions ne sont pas plus sensorielles que celles de l' « *étrangeté du monde extérieur* ».

Conclusion

Arrivés au terme de ce travail, pour en mieux saisir le progrès et les résultats, nous devons ici essayer d'en retrouver, à travers ses développements et ses digressions, la ligne générale.

Nous avons tenté de nous évader, un instant, des cadres conventionnels et des notions classiques pour retrouver, au-dessous des théories générales traditionnelles, la diversité des faits. Persuadés que la théorie psychiatrique s'affaiblit toujours en s'étendant et se généralisant, soucieux d'établir surtout une séméiologie exacte des phénomènes « hallucinatoires » et d'en formuler, à l'occasion, une interprétation satisfaisante, le but que nous avons poursuivi, sinon atteint, était de rechercher si, dans le domaine des états obsessionnels, il n'y avait pas des distinctions importantes à faire dans les faits et s'il n'y avait pas de ces faits non pas une mais plusieurs théories possibles.

Nous avons vu que sous le nom d'obsessions, cliniquement on désignait deux ordres de faits, les uns (phobies, impulsions, certaines obsessions « idéatives », caractérisés par leur caractère forcé, incoercible, nous avons proposé de les appeler des obsessions actives; les autres caractérisées par leur caractère de xénopathie, mais ils sont avant tout éprouvés comme parasites.

Ce sont les phénomènes obsessionnels parasites qui nous paraissent constituer la majorité des symptômes désignés comme des pseudo-hallucinations (hallucinoses, pseudo-hallucinations psychiques, représentations aperceptives, inspirations, etc...).

Passant à l'interprétation pathogénique, nous avons montré que les états anxieux (comme le veulent les classiques), les complexes affectifs (comme le veulent les psychanalystes) paraissent rendre compte des obsessions actives. Quant aux obsessions passives ou parasites, *que trop généralement on se représente comme toutes et toujours introduites dans la vie psychique par une néoformation mécanique automatique,* nous serions peut-être en droit de les attribuer, pour certaines (paresthésies, troubles effectifs de la pensée), à des excitations cérébrales élémentaires ou globales ; pour d'autres, à un mécanisme affectif analogue à celui qui paraît procéder à la constitution des obsessions actives (angoisse délirante, rôle des affects dans la projection hors du Moi) ; pour d'autres encore, à un état de basse tension psychologique à mécanisme proprement psychasthénique.

La psychasthénie que Janet a si longuement étudiée et analysée dans son sens étroit apparaît en effet comme la perte des capacités de synthèse mentale, qui maintiennent notre vie psychique sous l'empire de l'activité volontaire. Dès qu'elle s'installe se produit une anarchie mentale qui donne naissance à des sentiments anormaux d'étrangeté, d'automatisme, et à l'illusion que les éléments — en eux-mêmes inchangés — de notre vie psychique ne nous appartiennent plus.

Envisagée comme mécanisme psycho-pathologique très général, la Psychasthénie nous est apparue comme un processus qui, indifférent aux classifications des Psychiatres, se retrouve à la base d'une foule d'états pathologiques, en particulier, dans la manie, la mélancolie, la démence précoce et les délires chroniques. En sorte que si l'on accepte une telle extension du mécanisme, il paraît aussi bien s'appliquer aux obsessions actives qu'aux obsessions parasites.

Mais en tout état de cause, et même si les diverses pathogénies que nous avons attribuées aux divers états paraissent incertaines, il nous paraît évident que l'analyse des phénomènes révèle l'indépendance relative que le symptôme, dans sa forme et son contenu, présente relativement à ses causes physiologiques.

C'est là un point qui nous paraît fondamental. C'est le grand grief que nous avons fait et que nous ferons aux théories proprement mécanistes. Il nous paraît, en effet, *que le symptôme n'est subordonné qu'indirectement à sa condition physiologique sans être entièrement et immédiatement déterminé par elle.* Il y a, en effet, dans les phénomènes dont nous nous occupons — et dans la mesure même, dirions-nous, où ils sont des symptômes psychiques — une part d'illusion, de désillusion, dont l'observateur ne doit pas être dupe.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons déjà envisagé le fait proprement hallucinatoire, en insistant sur l'aspect *croyance intime* de percevoir un objet absent, et c'est dans la mesure où cette définition exigeait : 1° cette *croyance* intime ; 2° l'*objectivité* (le caractère d'être projeté dans le monde des objets, des êtres) ; et pourtant 3° *l'absence de l'objet,* que nous avons appelé les divers phénomènes qui n'obéissaient pas à ces conditions des pseudo-hallucinations.

Ayant ainsi rétréci le champ de l'hallucination authentique, nous risquions que l'on dise, mais puisque la plupart des faits allégués sont pseudo-hallucinatoires, la plupart des faits échappent à votre critique et rien dès lors n'interdit de considérer ces phénomènes xénopathiques (allant de l'hallucinose aux suggestions éprouvées par le malade) comme l'expression de troubles purement mécaniques. C'est pour répondre par avance à cette objection que la présente étude a été entreprise (1).

Il y a dans la masse des faits psychiques deux domaines qui sont — par les exigences mêmes de notre activité mentale — pen-

(1) Pendant que M. Guiraud formulait précisément cette argumentation (Représentation et Hallucination. *Paris Médical,* août 1932).

sés comme distincts : le monde extérieur, le monde des objets et des êtres, sur lesquels nous pouvons avoir une action, mais dont nous ne sommes pas maîtres, d'une part; le monde intérieur, le champ de nos volitions, de nos représentations, de nos pensées propres que nous dirigeons, d'autre part.

Dans le monde extérieur, nous projetons nos conduites effectives ; dans le monde intérieur s'exercent nos réflexions, nos délibérations, de telle sorte qu'il représente le plan de notre activité purement intellectuelle (schèmes, attitudes, images), et de la formulation verbale qui prépare nos actions sous forme de langage intérieur. L'hallucination se présente à la conscience du sujet comme une réalité objective (projetée dans l'ordre des objets). Pour l'observateur, il y a délusion totale. L'illusion se présente également avec les mêmes caractères d'objectivité. Pour l'observateur, l'erreur du sujet est moins grande, elle a un point de départ réel.

Les autres phénomènes proprement pseudo-hallucinatoires se présentent sans projection dans l'ordre des objets. *Ils appartiennent au monde intérieur.* Leur trait général est de donner l'impression au sujet qu'il y a entre la réalité et sa propre activité un monde intercalaire, une demi-réalité, quelque chose comme ces sensations qui ne viennent ni de la coupe que l'on examine au microscope, ni de l'imagination, qui viennent de la lentille même, qui trouble la perception et sont bien gênants.

Les pseudo-hallucinations apparaissent à la conscience du malade qui les éprouve comme des phénomènes sans réalité et qui, pourtant, ne sont pas produits par eux-mêmes.

Nous avons vu qu'il y avait des raisons de croire que, de même que dans l'hallucination il y a une erreur, de même là aussi le malade nous offre — avec conviction sans doute — le produit d'une délusion. *Mais de même que, à côté de l'hallucination authentique, il y a place pour les illusions qui restreignent l'importance de l'erreur, de même nous avons été contraints d'accepter qu'il existe des phénomènes de perceptions internes effectifs* (hallucinose par excitation sensorielle — mentisme — troubles du cours de la pensée).

Les malades atteints de ces états d'obsession parasite qui constituent le champ des pseudo-hallucinations peut-être le plus vaste, éprouvent des sentiments initiaux délirants et c'est à ce titre peut-être que Logre a pu parler d'une *paranoïa introspective,* comme Séglas, Sollier, Claude et Cellier, ont insisté sur le côté délirant primitif. Quant aux conditions mêmes de la croyance dans cette semi-objectivité, cette emprise, ce parasi-

tisme, nous avons vu qu'elles pouvaient être réalisées par des mécanismes différents, soit de projection affective, soit par l'abaissement de la tension psychologique (psychasthénie).

Ce dernier mécanisme nous permet de saisir qu'il y a dans le conditionnement de ces phénomènes NON PAS QUELQUE CHOSE EN PLUS, MAIS QUELQUE CHOSE EN MOINS. Ce qui manque, c'est la capacité de maîtriser, de synthétiser notre activité psychique, d'éprouver le sentiment de notre unité et de notre cohérence. Là aussi, il y a une sorte « d'échappement au contrôle ». Ce sentiment n'accompagne que les états supérieurs de l'évolution psychologique, ceux où dominant tous nos automatismes et négligeant l'empire constant qu'ils exercent sur nous (lapsus, jeu automatique de la pensée, endophasie, irruptions mnésiques, etc...) nous pensons et agissons par un acte de notre « volonté ».

Nous n'avons pu ici qu'esquisser une argumentation qui, dans ses développements, sera reprise dans nos travaux ultérieurs. Ayant maintenant limité le champ du fait proprement hallucinatoire, nous devrons étudier encore une autre variété de pseudo-hallucinations : les illusions. C'est l'étude des « hallucinations » toxiques qui nous en fournira l'occasion dans notre prochain travail.

Ainsi, l'étude de leurs relations avec les états obsessionnels nous a permis d'assigner aux pseudo-hallucinations parasites la place qu'elles nous paraissent devoir occuper dans la séméiologie et la théorie psychiatrique. Elle nous a également permis de souligner le rôle important du développement du sentiment, du complexe affectif, de l'idée fixe jusqu'à son objectivation hallucinatoire. A ce titre, nous pouvons dire que nous avons ainsi avancé d'un pas dans la voie que nous nous sommes tracée.

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — Sur la théorie des obsessions. *R. N.*, 1901.

— Psychasthénie et Délire. *Congrès de Genève*, 1907.

BALLET (G.). — *Archives générales de Médecine*, 1888.

— *Bulletin Acad. de Médecine*, 1912.

BARUK (H.). — Les Obsessions. *Bulletin Médical*, octobre 1931.

BARUK et MOREL. — *Annal. Méd. Psychol.*, 1928.

BIANCHI. — *Les idées fixes.*

BLEULER. — *La Démence Précoce ou Groupe des Schizophrénies*, 1911.

BOREL et EY. — Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie (*A. M.-P.*, juillet 1932).

BROR GODELIUS. — *In Centralblatt*, 1897, p. 189.

BUCCOLA. — Les idées fixes. *Rev. sp. di Frematia*, 1880.

CATSARAS. — Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale. *Soc. Méd. Psych.*, juillet 1892.

CEILLIER. — L'obsession et le délire d'influence. *Soc. Cl. Ment.*, 1922, p. 99 à 114.

— Les Influencés. *Encéphale*, 1924.

— Recherches sur l'automatisme psychique. Soc. de Psychiatrie, mars 1927. *Encéphale*, 1927.

CHASLIN et ALAJOUANINE. — Un cas de délire d'influence obsédant. *Soc. de Psychologie*, 24 juin 1920.

CLAUDE. — L'équilibre émotionnel et ses troubles. Cours professé à la Faculté de Médecine, 1923-1924.

CLAUDE et BOREL. — Crise d'anxiété paroxystique chez un obsédé avec délire du doute métaphysique. *Ann. Méd. Psycho.*, 1922.

CLAUDE, TARGOWLA et Mlle BADONNEL. — Mélancolie. Obsessions et syndrome d'influence. *A. M. P.*, 1925.

CLAUDE et EY. — Evolution des idées sur l'hallucination. *Encéphale*, mai 1932.

CLAUDE et EY. — L'Hallucinose et l'Hallucination. Les théories neurologiques de l'hall. *Encéphale*, juillet 1932.

DE CLÉRAMBAULT. — Psychoses à base d'automatisme. *Pratique Méd. Fr.*, 1925 et 1926.

COTARD. — Du rôle du sentiment d'automatisme dans la genèse de certains états délirants. *Soc. de Psychologie*, 1909.

CRAMER. — *Les hall. du sens musculaire*, Fribourg, 1889.

ESQUIROL. — *Maladies mentales*, Tome II, p. 1 à 130.

EY (Henri). — La notion d'automatisme en Psychiatrie. *Evolution psychiatrique*, 1932 (t. 3).

— La croyance de l'halluciné (à propos des études de M. Quercy sur l'hallucination). *A. M. P.*, juin 1932.

FALRET. — Discussion sur les folies raisonnantes. *Soc. Méd. Psycho.*, 1866.

— Congrès International, 1889.

FERRARI. — Obsessions et Hallucinations réflexes. *Riv. sper. de Frematria*, Tome 23.

FERRANA et PIQUEMAL. *Gaz. des Hôp.*, 1913, p. 2347 à 2349.

FÉRÉ (Ch.). — La pathologie des émotions, 1892.

FREUD. — Obsessions et Phobies. *Rev. Neuro.*, janvier 1895.

FRIEDMANN. — Fondement des Obsessions. *Psych. Woch. schr.*, 1907.

FRIEDENREICH (en danois). — Analyse *in Centralblatt*, 1887, p. 482.

GELMA. — Douleurs obsédantes. Les algies non organiques. Strasbourg, 1931.

GORDON. — L'hallucinose. *A. M. P.*, 1922.

GUIRAUD. — Représentation et hallucination. *Paris Médical*, août 1932.

HARTENBERG. — Le conflit intérieur dans les obsessions. Congrès de Luxembourg, 1921.

HEILBRONNER. — La psychose obsessionnelle progressive *Monatschr. für Psych. û Neuro*, 1899.

HEUYER et LAMACHE. — Le mentisme. *Encéphale*, 1929, p. 325 et 444.

JANET (Pierre). — *Névroses et idées fixes*, 1898, 2 vol.

— *Les Obsessions et la Psychasthénie*, 1903, 2 vol.

— Les Névroses, 1909.

— *De l'angoisse à l'extase*, 1924 et 1928.

JANET (Pierre). — Les Hallucinations dans le Délire de Persécution et la croyance des Hallucinés. In *Rev. Philo.*, 1932.

JASPERS. — Psychopathologie générale. Trad. Kastler et Mendousse. Alcan, 1928.

KAAN. — L'anxiété neurasthénique dans les obsessions. Leipzig, 1893.

KAUDINSKI. — Pseudo-hallucinations. *Centralblatt für Nerveuheilkunde*, 1884.

KRAFT-EBING. — Des représentations. *Zeitschr. f. d. g. N. ù. P.*, Tome 35, 1878.

— *Traité de Psychiatrie.* Tr. Laurent, 1897.

LARROUSSINIE. — Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes. *Arch. de Neuro*, 1896, t. II, p. 33.

LELONG. — Le problème des hallucinations. *Thèse de Paris*, 1928.

LEPINE. — Obsessions verbales et auditives. *Soc. Méd. de Lyon*, juillet 1894.

LEROY (Bernard). — Remarques sur le diagnostic de certaines hallucinations obsédantes. Soc. de Psychologie, juillet 1907. *J. de P.*, 1907.

LEROY (Raoul) et CAPGRAS. — Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de la folie périodique. *Bull. Soc. Méd. Ment.*, 1910, p. 332 à 326.

LOEWENFELD. — *Les obsessions* (psychische Zwangserscheinungen), Wesbaden 1904, 1 vol. 568 p.

— Les obsessions musicales. *Centralbl. für Nerveuheilk*, 1897.

LÉVY-DARRAS. — La Psychose d'influence. *Thèse de Paris*, 1914.

LÉVY-VALENSI. — L'Automatisme mental. Le Syndrome de dépossession. *Congrès de Blois*, 1927.

LOGRE. — La conscience de leur état morbide chez les psychopathes. *Congrès de Luxembourg*, 1921.

MAGNAN. — *Leçons cliniques*, 1893.

MALLET. — Obsessions et Délire. *Ann. Méd. Psycho.*, 1928, t. II, p. 22 à 230.

— Obsessions et Délires cénesthésiques. *Revue Médicale française*, déc. 1931.

MEURIOT. — Les hallucinations des obsédés. *Thèse Paris*, 1903.

MEYNERT. — Des obsessions. *Wien. Klinisch. Woch.*, 1888.

MOREL. — Le Délire émotif. *Arch. gén. de Méd.*, 1866.

MORSELLI. — *La paranoïa rudimentaire.* Gênes, 1891.

PARIS. — Contribution à l'étude de la pathogénie des idées délirantes et des obsessions. *Arch. de Neuro.*, 1902, T. II, p. 401.

PICK. — Obsessions et Hallucinations. *Pragen Méd. Woch.*, 1895.

PITRES et RÉGIS. — *Les obsessions et les impulsions:* Paris, 1902.

RAYMOND et ARNAUD. — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives. *A. M. P.*, 1892.

REDALIE. — Obsessions hallucinatoires. Leur importance pour l'étude de la pathogénie des hallucinations. *A. M. P.*, 1926, T. II, p. 211 à 219.

SANE DE SANCTIS. — Obsessions et impulsions médicales. *Bull. Soc. Laucisiana degli ospidali de Roma*, 1896.

SCHRÖDER. — Des Halluzinieren. *Zeits. f. d. g. N. ù. P.*, 1926.

— Fremdenken ù. Fremdhalten. *Monatschr. f. P.*, 1928, p. 515 à 535.

SÉGLAS. — Les obsessions hallucinatoires et les hallucinations obsédantes. *A. M. P.*, 1892.

— Des obsessions. *J. de Méd. et de Ch. pratiques*, 1894.

— *Leçons cliniques*, 1895.

Séglas. — Evolution des obsessions et leur passage au délire. *R. N.*, 1902, p. 832.
Stéfani. — *Riv. sper. de Freniatria,* 1891, p. 336.
Storring. — Conférences sur la psychopathologie. Leipzig, 1900, p. 300.
Tamburini. — *Rivista sp. di Freniatria,* 1880 et 1883.
Targowla, Lamache et Lignière. — Psychose hall. et obsessions. *Encéphale,* 1926, p. 568.
Trélat. — *La folie lucide,* 1861.
Trénel. — Hall. obsédantes et obs. hall. *Soc. Clin. Ment.*, 1909.
Truelle et Bonhomme. — Etat obsédant à forme hallucinatoire. *Soc. Clin. Méd. Mentale,* 1910, p. 92.
Tuczek. — Des obsessions. *Berlin Klin Wochen,* 1899.
Valon et Marie. — *Congrès de Moscou,* 1897.
Wernicke. — *Deutsche Mediz Wochens,* 1892.
Westphal. — *Berlin, klin. Woch.*, 1877.
Will. — Des obsessions. *Archiv. f. Psych.*, 1881.
Wolpert. — Le sentiment d'étrangeté. *Congrès de Düsseldorf,* 1926.

TESTS MOTEURS DANS L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DES ANORMAUX DE L'INTELLIGENCE ET DU CARACTERE

PAR

HEUYER et BAILLE

Dans notre Service de Neuro-psychiatrie infantile, nous nous efforçons de donner aux problèmes qui se posent des solutions pratiques. Les enfants que nous examinons sont amenés par les parents ou sont confiés, par le Tribunal, au Patronage de l'enfance. Pendant le temps qu'ils passent au centre d'observation, ils sont examinés au point de vue physique et psychique ; leurs réactions à l'égard de l'entourage, leur conduite, sont observées dans toutes les circonstances de la vie en commun. Les examens biologiques et, s'il est nécessaire, une étude psychanalytique, nous renseignent sur l'étiologie héréditaire ou acquise de certaines anomalies du caractère et de la conduite.

Pratiquement, les enfants et les adolescents que nous examinons peuvent être classés en trois catégories :

1° enfants normaux qui ont besoin d'être éloignés de leur milieu, pour retrouver un équilibre moral ;

2° enfants débiles intellectuels, pour lesquels il importe de préciser le degré de perfectibilité et d'utilisation possible ;

3° enfants anormaux du caractère, pour lesquels de multiples décisions peuvent être prises.

Quand les sujets qu'on nous amène ont passé l'âge des acquisitions scolaires, ou quand, pour des raisons diverses, leur famille ne peut plus les envoyer dans une école, quand, enfin, il s'agit d'enfants de tribunal, âgés de plus de 13 ans, il est nécessaire de prendre une décision pratique pour leur orientation professionnelle et sociale.

La première question qui se pose est de connaître l'aptitude du sujet à un métier spécialisé, son adresse et ses aptitudes motrices.

Si l'on est en présence d'un enfant normal, le problème d'orientation professionnelle est le même que celui qui doit être résolu à la sortie de l'enfant à l'école primaire.

S'il s'agit d'un débile intellectuel, on constate le plus souvent que les signes de débilité motrice accompagnent l'arriération intellectuelle marquée par un faible niveau mental. Mais il est nécessaire d'être renseigné avec précision sur le degré des aptitudes manuelles du sujet, car il n'y a pas toujours un parallélisme absolu entre la débilité motrice et la débilité intellectuelle.

Enfin, si l'enfant présente des troubles du caractère, en général, il a changé plusieurs fois de places et de professions : il importe de savoir si cette incapacité à apprendre un métier dépend de sa maladresse, de son inaptitude motrice, ou des troubles du caractère eux-mêmes.

Ainsi, un des premiers problèmes qui se posent dans l'orientation professionnelle est l'étude de la valeur motrice du sujet.

Pour étudier cette valeur motrice, nous avons employé une série de petits tests d'habileté manuelle, qui n'ont pas la prétention d'être des tests originaux, mais qui nous ont paru précis et pratiques. Grâce à l'étalonnage établi par l'un de nous (Dr Baille) il a été possible d'établir la représentation graphique des résultats.

Aucune conception théorique n'a présidé au choix de ces tests d'habileté manuelle. Nous avons choisi une série d'épreuves utilisées antérieurement par M. Lahy, qui nous a toujours aidés de ses conseils, pour le concours d'entrée des apprentis de la S. T. C. R. P. et l'orientation professionnelle des élèves de l'école de garçons de la rue de Lesseps. Ces épreuves étaient d'abord au nombre de 8. On trouve leurs équivalents dans les tests américains. Au début, nous donnions une note globale et nous notions les erreurs en employant un système de pénalisation. L'usage a montré qu'il y avait intérêt à simplifier ces tests et à représenter les résultats séparément, indépendamment des erreurs. C'est cette méthode qui nous a permis d'établir une représentation graphique simple, qui constitue en quelque sorte le *profil moteur* du sujet.

Depuis le mois de septembre 1930, après la constitution d'un matériel autonome, en remplacement de celui généreusement prêté par le Laboratoire de psychotechnique de la S. T. C. R. P., nous avons réduit les épreuves au nombre de 7. Nous avons fait

un usage quotidien de ces épreuves et le 1er juillet 1932 le nombre des enfants testés atteignait 473.

Pour les enfants qui forment la clientèle de notre Clinique, il est apparu rapidement que l'énoncé univoque et simple des consignes ne pouvait leur convenir, aussi les consignes sont-elles plus vécues qu'énoncées ; l'opérateur montre au sujet ce qu'il attend de lui et le lui fait exécuter d'abord à titre d'entraînement. L'épreuve ne compte que lorsque le sujet est maître de son travail.

La critique peut s'exercer, à bon droit, contre cette façon de faire, qui n'a pas une rigueur scientifique absolue. Mais les enfants avec lesquels nous travaillons, ne sont pas des enfants normaux de l'intelligence et du caractère et nous avons constaté que toute autre manière de procéder entraîne des erreurs et des impossibilités.

Premier test : Vissage d'écrous

Le premier test, s'il a l'avantage de faciliter la prise de contact avec le sujet à tester, parce qu'il fait appel à des objets d'usage courant, offre cependant des difficultés dans sa réalisation : les variations individuelles dans le vissage, l'étendue du pas de vis entraînant de grandes différences dans le nombre des mouvements suivant le mode de faire de chacun, obligent à imposer une technique, discutable sans doute, mais qui présente l'avantage de déterminer pour tous le même nombre de gestes dans le vissage d'un écrou.

L'opérateur place devant le sujet un plateau à 3 compartiments dont celui du milieu, vide, recevra les couples au fur et à mesure de leur vissage et dont les autres contiennent soit les boulons, soit les écrous, ces derniers étant placés à portée de la main droite du sujet, de la main gauche, si à l'apprentissage, le sujet préfère cette disposition. L'opérateur prend un boulon et un écrou, fait l'accrochage et immédiatement en deux coups de frottement sur la paume de la main devenue libre, réalise le vissage complet ; il dépose alors le couple dans le compartiment médian. Il demande ensuite au sujet de prendre un boulon et un écrou, lui fait faire l'accrochage et lui dirigeant la main qui tient le boulon, réalise avec lui les deux frottements convenus. Plusieurs réalisations successives, avec l'aide de l'opérateur tant qu'il est nécessaire, mettent le sujet en capacité d'exécution correcte. A ce moment, le compartiment médian est vidé de son contenu, un avis de préparation est donné, puis le signal d'exécution, en même temps que

le déclenchement du chronomètre. Le temps de travail est de 2 minutes : après quoi on sort les couples de la boîte médiane, et on les compte ou les fait compter par le sujet, donnant ainsi l'occasion d'éprouver sa capacité de calcul et aussi son coup d'œil, en le forçant à compter, sans y toucher, une pile enchevêtrée d'écrous représentant à chaque fois la moitié environ du chiffre total.

Il ne reste plus qu'à remettre le matériel en état pour une utilisation ultérieure : pour ce, opérateur et sujet dévissent les couples et répartissent boulons et écrous dans leur compartiment respectif.

2e test : Enfilage d'aiguilles

Sur un socle creusé de petits trous se dressent des aiguilles qui seront enfilées avec un fil métallique mince et résistant.

L'opérateur prend de la main gauche la première aiguille et de la main droite le fil, qu'il introduit dans l'orifice de l'aiguille en ayant soin d'appuyer les uns contre les autres les doigts des deux mains pour se donner un appui. Quand le fil a franchi un centimètre environ au-delà de l'orifice, le pouce et l'index droits desserrent leur étreinte, pour laisser passer entr'eux la tête de l'aiguille, puis reprennent le fil et en tirent une petite longueur. L'opérateur demande alors à l'enfant de faire ce qu'il vient de lui montrer ; il répète, s'il y a lieu, la démonstration autant de fois qu'il est nécessaire pour que l'enfant arrive à exécuter correctement l'enfilage, c'est-à-dire avec appui des mains pour éviter le tremblement et passement de l'aiguille entre les doigts sans que l'une des mains lâche l'aiguille, ni l'autre le fil. Quand l'enfant a bien en mains le procédé, on note le nombre de trous se trouvant vides et on donne le signal du départ en mettant en même temps en marche le chronomètre. Au bout d'une minute, on arrête l'enfant et on compte à nouveau le nombre de trous vides. Pour faciliter ce relevé, un petit trait est marqué sur le socle à la heuteur de chaque troisième aiguille. La différence entre les deux chiffres relevés donne le nombre d'aiguilles enfilées en une minute.

Le socle soutenant les aiguilles doit être placé devant l'enfant à portée de sa main prenante, la gauche en général, la droite par contre si le sujet est gaucher, et en direction oblique de façon à permettre une prise naturelle successive des différentes aiguilles.

Dans le but de mieux faire apparaître les différences individuelles de vitesse, l'épreuve, un certain temps, fut prolongée une

deuxième minute, et le relevé enregistré à la fin de la première minute et à la fin de la deuxième. Cet essai fut rapidement abandonné : il ne donnait pas satisfaction à cause de la fatigue oculaire qui entrait en jeu.

La remise en place des aiguilles permet une investigation complémentaire sur la précision des gestes : on voit si le sujet est capable de remettre les aiguilles dans les orifices, sans en heurter les bords, sans trembler, sans prendre point d'appui sur le socle.

3e TEST : PLACEMENT DE PETITES TIGES MÉTALLIQUES PAR PAQUETS DE QUATRE

Le matériel comprend un socle rectangulaire creusé de trous et flanqué d'une boîte contenant de petites barres de cuivre. Le travail consiste à placer un petit faisceau de 4 tiges dans chacun des trous.

L'opérateur exécute d'abord le travail : une main ramasse un petit paquet de tiges entre le pouce et l'index, l'autre prend sur ce paquet les 4 premières tiges qui se présentent et les dépose dans le premier orifice à gauche sur le socle, avec l'aide de la première main qui a laissé retomber les tiges inemployées et qui fait glisser les 4 tiges dans l'orifice... 2e démonstration, 3e démonstration, s'il est besoin : après quoi, l'enfant est invité à faire le même travail. L'apprentissage est parfois laborieux ; il faut que l'enfant choisisse, par expérience, la main qui déposera les tiges dans les orifices. Au bout de la première rangée (10e trou), ce choix est généralement fait et l'expérience peut commencer ; sinon, on prolonge l'apprentissage, jusqu'à ce que l'enfant ait trouvé sa formule. On enlève alors toutes les tiges et on laisse le plateau net. On donne le signal du départ et au bout de 2 minutes, on arrête le sujet et on note le nombre d'orifices garnis. Au cours de l'épreuve, si l'enfant commet des fautes en plus ou en moins dans le nombre des tiges, on les lui fait immédiatement corriger. Enlèvement des tiges et remise dans le plateau.

4e TEST : PLACEMENT DE CHEVILLES DE BOIS DE DIVERSES COULEURS

Cette épreuve, d'un type très simple, ne fait appel qu'à une seule main. Elle utilise un grand socle de bois, carré, creusé de petits orifices légèrement plus larges que les chevilles à y placer : celles-ci sont des petits cylindres de bois, dont la couleur verte, ou jaune, ou violette, ou rose, ou noire, a été obtenue très simplement par immersion dans des solutions colorantes du labo-

ratoire. Ces petites chevilles sont groupées par couleur, dans un grand plateau divisé en 5 compartiments. L'opérateur pose devant l'enfant le socle et le plateau à chevilles, celui-ci plus éloigné du sujet. Il prend successivement, en partant de la gauche de l'enfant, une cheville de chaque couleur qu'il place dans la première rangée de trous (orifices impairs). Il demande ensuite à l'enfant de faire comme lui et lui fait ainsi mettre une fiche noire, une fiche rose, une fiche violette, une fiche jaune et une fiche verte. En général, la technique est immédiatement saisie et le chronométrage peut commencer avec la prise par l'enfant de la deuxième fiche de la première couleur, c'est-à-dire avec le commencement de la troisième rangée. Sinon, une rangée supplémentaire de mise en train est exécutée. Lorsque le sujet est gaucher, il faut lui faire placer une rangée avec la main droite et une autre avec la main gauche, et lui laisser ensuite le choix de la main qui travaillera. Au bout d'une minute, on arrête l'enfant et on note le nombre de chevilles qu'il a placées depuis la mise en marche du chronomètre.

Il est intéressant de faire calculer par l'enfant lui-même le nombre de tiges qu'il a placées, en ayant soin d'enlever les tiges de démonstration et d'apprentissage ; ce calcul, exigé à haute voix et avec gestes à l'appui, renseigne sur l'habileté du sujet : on voit s'il est encore au stade additionnel, soit par série, soit même simplement par unité, ou s'il a dépassé ce stade pour arriver à l'emploi de la multiplication.

Le calcul effectué, on enlève les chevilles une à une, pour ne pas les briser sur les bords des orifices, et on les redistribue dans le casier.

Ce test fait apparaître, mieux encore que la remise des aiguilles sur le socle du 2e test, la précision des gestes du sujet, par suite de l'intervention du facteur vitesse : on voit si les tiges sont déposées d'un mouvement direct dans les orifices, ou si elles n'y pénètrent qu'après planement et correction.

5e TEST : ENFILAGE DE PERLES

Le matériel se compose d'une aiguillée de fil métallique résistant et de perles de verre, cylindriques, bien régulières, à large orifice ; ces perles sont en nombre égal blanches, rouges, jaunes ou vertes, parce qu'elles servent également pour le test suivant de triage de perles.

La durée de l'épreuve étant de 1 minute, les différences de travail influencent notablement les résultats : il faut donc se tenir

à une technique standardisée à laquelle le sujet doit être entraîné.

Les perles sont prises une à une et enfilées sur l'extrémité du fil débordant les doigts d'une longueur de 4 à 5 centimètres. Après chaque 4e perle, on procède au passage : à cet effet, l'extrémité du fil est saisie par la deuxième main, tandis que la première main desserre son étreinte, puis la resserre immédiatement après le passage du train de perles. Il faut apprendre au sujet à ne faire que les gestes nécessaires : saisie de l'extrémité du fil, relâchement de la pince, puis resserrage immédiat, sans mouvements d'amplitude inutile : cet apprentissage varie avec les sujets et l'exécution du test ne doit commencer que quand la technique est bien en mains. A ce moment, l'opérateur enlève toutes les perles enfilées et donne au sujet un fil nu : signal préparatoire, ordre de mise en marche en synchronisme avec le déclenchement du chronomètre et arrêt au bout d'une minute : notation du résultat.

On peut étudier la rapidité de calcul mental du sujet, en lui faisant additionner les séries de 4 perles que l'on repousse d'un bout à l'autre du fil tenu tendu entre l'opérateur et le sujet.

Les perles sont remises dans la boîte qui va servir à nouveau pour le test de triage.

6e TEST : TRIAGE DE PERLES

Ce test utilise le matériel du test précédent, c'est-à-dire une boîte de bois, carrée, contenant un nombre égal de perles de 4 couleurs: blanches, rouges, jaunes et vertes et, en outre, un plateau à 4 compartiments pour recevoir, après chaque quart de minute, les perles d'une couleur déterminée triées par le sujet. On commence par montrer au sujet à prendre les perles une à une, et à les garder dans la main prenante : beaucoup de sujets, en effet, ont tendance à passer les perles d'un main dans l'autre. Le test n'utilise qu'une main, celle-ci par conséquent au choix de l'intéressé. Quand le sujet a, dans la main, de 10 à 15 perles de la première couleur (blanche), on lui commande de prendre la couleur rouge : alors, sans explication, on lui prend doucement la main contenant les perles et on l'amène au dessus du 1er compartiment du plateau : instinctivement, le sujet lâche ses perles ; il commence alors la 2e série. On répète la même façon de faire après avoir ordonné : jaune, et s'il y a lieu, pour la 4e série : verte. Quand le sujet a bien compris la manière de cueillir les perles, de les garder dans sa main, de les déposer au signal

et de recommencer sans perte de temps, l'opérateur vide les compartiments du plateau, mélange les perles dans la boîte générale, demande au sujet s'il est prêt et met en marche le chronomètre au moment où il ordonne: blanches ; au bout de 15 secondes, un 2e commandement: rouges; au bout de 30 secondes, 3e commandement : jaunes ; au bout de 45 secondes : vertes ; au bout d'une minute : halte.

Il reste à compter le nombre total de perles triées à la minute, en sachant que les compartiments peuvent être inégalement garnis, certains sujets n'exécutant pas immédiatement le changement de couleur. Seul importe le chiffre total. Il y a donc lieu de veiller avec soin à l'arrêt du sujet au signal terminal et de rectifier, s'il en est besoin, le chiffre indûment accru. Toute perle de couleur autre que la couleur demandée est éliminée. Il faut, à ce propos, recommander au sujet, avant la mise en route, de ne pas s'inquiéter, s'il s'aperçoit qu'il s'est trompé de couleur : la correction amenant une perte de temps qu'il faut éviter, il faut forcer le sujet à continuer son triage.

Comme pour les perles enfilées, le calcul peut être demandé au sujet, en ayant soin de grouper, dans chaque compartiment, les perles par lots de 4 ou 5 unités.

Les perles sont sorties des différents casiers et reversées dans le récipient général : un peu d'attention est nécessaire pour ne pas en laisser tomber.

7e TEST : PLACEMENT DE DÉS ET CHEVILLES

Les 6 premières épreuves utilisaient un temps déterminé, 1 ou 2 minutes, et le résultat était donné par le nombre de réalisations dans ce laps de temps. Le dernier test est conçu sur le mode inverse : on impose un travail déterminé et on note le temps nécessité par son exécution ; celle-ci, en effet, comporte deux sortes d'opérations, dont on ne peut additionner les résultats, vu leur durée inégale.

Le matériel comprend deux boîtes carrées contenant, l'une des chevilles de bois, sœurs incolores des chevilles colorées d'un test précédent, l'autre des dés de cellulo et, en outre, un socle allongé, creusé de 10 orifices, ceux-ci de diamètre suffisant pour recevoir les chevilles.

Le socle est placé devant le sujet, dans un plan frontal, avec, à chaque extrémité, une boîte carrée, celle des chevilles à portée de sa main gauche, celle des dés, de sa main droite. L'opérateur montre le travail : il prend en même temps une cheville et un

dé, place la cheville dans le 1er trou à gauche du sujet et la coiffe du dé ; 2e opération similaire et invitation au sujet à collaborer à la terminaison de la rangée : l'opérateur, rapidement, laisse le sujet agir seul ; il l'incite à prendre en même temps un dé et une cheville et à les placer le plus vite possible. A la fin de la rangée, mouvements en sens inverse ; la main qui a mis les dés enlève le dernier dé, tandis que l'autre enlève la dernière cheville : dé et cheville sont remis dans leur boîte respective. L'opérateur enlève d'abord le dé, puis la cheville, à titre de démonstration du travail de chaque main, puis les 2 mains travaillent en même temps. Le sujet relaie l'opérateur et s'exerce à l'enlèvement correct, simultané des dés et chevilles : à la fin de la rangée, l'exécution est généralement satisfaisante mais, s'il y a lieu, l'opérateur remet quelques dés et chevilles, pour assurer une bonne compréhension de l'enlèvement. A ce moment, l'opérateur explique au sujet qu'il devra faire le même travail de placement et d'enlèvement 4 fois : une fois aller et retour, une 2e fois aller et retour ; une 3e fois aller et retour ; une 4e fois aller et retour, en accompagnant son explication de gestes. Il demande alors au sujet s'il est prêt, lui faisant relever l'extrémité de sa manche gauche, si elle a tendance à accrocher les dés, ce qui est fréquent ; il donne le signal du départ, en même temps qu'il met son chronomètre en marche, s'étant bien assuré que le compteur de minutes est à zéro. Pendant la durée du test, il incite le sujet à aller le plus vite possible, accompagnant l'enlèvement de gestes indicateurs et d'encouragements, s'il le juge bon, dans le cas du sujet testé. A la fin de la 4e série (retour), arrêt du chronomètre et notation de la durée en secondes. Ce petit calcul, avec transformation des minutes en secondes, peut être demandé au sujet.

Ces tests d'habileté manuelle ont été étalonnés selon une technique dont nous donnerons ultérieurement le détail et dont nous rapportons seulement aujourd'hui, ci-dessous, l'ensemble des résultats.

Etalonnage des tests manuels

	4e Quartile	3e Quartile	2e Quartile	1er Quartile
ÉCROUS				
13-14 ans.....	17	18 — 19	20 — 23	24
15-16 ans.....	18	19 — 20	21 — 23	24
17-18 ans.....	19	20 — 21	22 — 23	24
AIGUILLES				
13-14 ans.....	11	12	13 — 14	15
15-16 ans.....	11	12 — 13	14 — 15	16
17-18 ans.....	11	12 — 13	14 — 15	16
TIGES MÉTAL				
13-14 ans.....	15	16 — 17	18 — 20	21
15-16 ans.....	17	18 — 19	20 — 21	22
17-18 ans.....	17	18 — 19	20 — 21	22
CHEVILLES COLORÉES				
13-14 ans.....	27	28 — 30	31 — 32	33
15-16 ans.....	29	30 — 31	32 — 33	34
17-18 ans.....	29	30 — 31	32 — 33	34
PERLES ENFILÉES				
13-14 ans.....	23	24 — 26	27 — 29	30
15-16 ans.....	24	25 — 27	28 — 29	30
17-18 ans.....	24	25 — 27	28 — 29	30
PERLES TRIÉES				
13-14 ans.....	46	47 — 54	55 — 59	60
15-16 ans.....	47	48 — 53	54 — 58	59
17-18 ans.....	49	50 — 54	55 — 60	61
DÉS ET CHEVILLES				
13-14 ans.....	150"	149" — 136"	135" — 127"	126"
15-16 ans.....	147"	146" — 135"	134" — 125"	124"
17-18 ans.....	145"	144" — 132"	131" — 124"	123"

L'étalonnage a été fait..... { pour 13-14 ans sur 63 garçons. — 15-16 — 163 — — 17-18 — 203 —

Avant 13 ans et après 18 ans nombre de sujets insuffisant pour étalonnage.

Cet étalonnage nous a permis de classer les résultats en 4 quartiles et d'établir des graphiques qui, sans prétention excessive, peuvent représenter le profil moteur du sujet. Naturellement, ces graphiques ont besoin d'être interprétés, mais l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère est faite par le médecin, qui a en mains tous les renseignements qui portent sur l'état physique, sur les troubles neurologiques, sur la valeur du niveau mental et sur la forme des troubles du caractère.

Voici quelques types de ces profils moteurs :

Profil moteur n° 1. — Bonne adresse manuelle

Renoncé Maxime : 15 ans 10 mois (barème 15-16 ans) (Troubles du caractère).	*Mai 1932*			
	Q4	Q3	Q2	Q1
28 Ecrous vissés en deux minutes.....				0
17 Aiguilles enfilées en une minute....				0
26 Paquets de tiges métal placés en deux minutes.....				0
39 Chevilles colorées placées en une minute.....				0
31 Perles enfilées en une minute.....				0
71 Perles triées en une minute.....				0
108" Dés et chevilles placés et enlevés 4 fois (temps).....				0

Travail : à 13 ans : aux Pupilles de la Seine : cordonnerie sur son désir : 1 an. Placé comme apprenti-receveur dans l'imprimerie : 3 mois. Cordonnerie : 1 semaine. Boucherie : 2 places : 2 mois et 3 semaines.

Désir : garçon de courses dans la boucherie « pour faire du vélo ».

Avis du Dr Heuyer, 3 juin 1932 : Très légère débilité intellectuelle : N. M., 11 ans. Retard scolaire : N. S., 9 ans à peine. Troubles du caractère : instabilité, indiscipline, école buissonnière, changements fréquents de place et de profession. Vol avec effraction. Est encore émotif et intimidable. Retard de la puberté. Très bonne adresse manuelle.

Pronostic : est utilisable dans un métier spécialisé, mais grandes réserves au point de vue moral.

Proposition : à placer, autant que possible, dans un métier spécialisé (Salins-de-Jura), mais, en cas d'incident, ne pas hésiter à proposer un internat de réforme.

Profil moteur n° 2. — Mauvaise adresse manuelle

Labre Roger : 16 ans 8 mois (barème : 17-18 ans) (Epileptique).	*Août 1931*			
	Q4	Q3	Q2	Q1
15 Ecrous vissés en deux minutes.....	0			
10 Aiguilles enfilées en une minute.....	0			
18 Paquets de tiges métal placés en deux minutes	0			
25 Chevilles colorées placées en une minute.....	0			
20 Perles enfilées en une minute.....	0			
49 Perles triées en une minute.....	0			
160" Dés et chevilles placés et enlevés 4 fois (temps).....	0			
Lenteur. Raideur. Tremblement.				

Travail : à 12 ans placé dans la culture : 4 ans. A 16 ans, a travaillé dans la chaussure : 6 mois.

Désir : campagne ou encore travail dans la chaussure.

Avis du Dr Heuyer, 21 août 1931 : crises de caractère épileptique : rares. Tremblement névropathique chronique.

M. à pr. : ne paraît pas pouvoir être rendu à sa famille. Paraît pouvoir être placé dans un patronage, à la campagne en placement familial, mais il faut être prévenu qu'il existe quelques crises épileptiques rares, nécessitant un traitement continu au gardénal et l'abstinence totale d'alcool et de vin.

Profil moteur n° 3. — Adresse manuelle médiocre. Epilepsie

Duval Robert : 13 ans 1 mois (barmée : 13-14 ans) (Troubles épileptoïdes du caractère. Instabilité impulsive. Irritabilité).	*Avril 1931*			
	Q4	Q3	Q2	Q1
18 Ecrous vissés en deux minutes.....		0		
12 Aiguilles enfilées en une minute		0		
13 Paquets de tiges métal placés en deux minutes	0			
28 Chevilles colorées placées en une minute.....		0		
23 Perles enfilées en une minute.....	0			
59 Perles triées en une minute.....			0	
155" Dés et chevilles placés et enlevés 4 fois (temps).....	0			
Lenteur, mais précision. Compréhension des consignes lente et défectueuse.				

Travail : aucun encore.

Désir : tourneur, chaudronnier.

Avis du Dr Heuyer, 17 avril 1931 : légère débilité intellectuelle : N. M., 10 ans. Retard scolaire par insuffisance d'école (2 à 3 ans). Troubles épileptoïdes du caractère. Instabilité impulsive. Irritabilité. Colères. Bris d'objets. Fossette coccygienne. Anomalies dentaires. Absence d'incisive supérieure. Voûte palatine ogivale. Deux fausses couches de la mère : H. S. probable. 22 avril 1931. L'examen professionnel a confirmé l'examen clinique : enfant impulsif, épileptoïde, maladif.

M. à pr. : on peut essayer de le placer à la « Lorraine » avec son père, mais il faut prévoir un résultat médiocre.

Profil moteur nº 4. — Type dispersé. Instable

Reis Joseph : 17 ans 7 mois (barème : 17-18 ans) (Instabilité et légère débilité intellectuelle).	*Juillet 1932*			
	Q4	Q3	Q2	Q1
17 Ecrous vissés en deux minutes.....	0			
13 Aiguilles enfilées en une minute.....		0		
21 Paquets de tiges métal placés en deux minutes.....			0	
32 Chevilles colorées placées en une minute.....			0	
22 Perles enfilées en une minute.....	0			
66 Perles triées en une minute.....				0
129" Dés et chevilles placés et enlevés 4 fois (temps).....			0	

Travail : à 14 ans : boulangerie, 2 ans d'apprentissage. Plusieurs places comme ouvrier en Alsace et à Nancy. Venu à Paris pour faire de la pâtisserie : 2 mois.

Désir : continuer la boulangerie ou culture.

Avis du Dr Dublineau, 15 juillet 1932 : peu de débilité intellectuelle : N. M. 9 ans 6 mois (mais sujet alsacien). Retard scolaire : 1 an, pas de C. E. P. Pas de troubles graves du caractère : surtout instabilité. Cas social. Bon développement somatique.

Pronostic : favorable.

M. à pr. : doit continuer son métier de boulanger-pâtissier.

Profil moteur n° 5. — Type dispersé. Instable

Dornel Emile : 16 ans 9 mois (barème : 17-18 ans) (Instable).	*Avril 1931*			
	Q4	Q3	Q2	Q1
19 Ecrous vissés en deux minutes.....	0			
15 Aiguilles enfilées en une minute.....			0	
17 Paquets de tiges métal placés en deux minutes.....	0			
30 Chevilles colorées placées en une minute.....		0		
22 Perles enfilées en une minute.....	0			
44 Perles triées en une minute.....	0			
119" Dés et chevilles placés et enlevés 4 fois (temps).....				0

Travail : imprimerie, fraiseur, tri-porteur, manutentionnaire.

Désir : marine ?

Avis du Dr Heuyer, 1er mai 1931 : pas de débilité intellectuelle : N. M. normal, est même bien doué. A le C. E. P., pas de retard scolaire. Troubles du caractère : surtout instabilité. Peu de repentir. Peu intimidable. N'est pas un pervers, mais un *grand instable.*

Pronostic : très réservé.

M. à pr. : ne paraît pas pouvoir être rendu à sa famille : milieu familial médiocre. Ne peut rester à Paris. A placer hors Paris, à la campagne, sous une surveillance très stricte.

Décision du tribunal en mai 1931 : envoi à Guénange.

Evasion en mars 1932. Envoi à Fresnes.

Nous ne donnons pas ici tout l'ensemble de nos résultats qui feront l'objet d'un travail ultérieur. Nous voulons seulement rapporter quelques exemples précis qui montrent l'intérêt pratique des tests moteurs, que nous employons.

Nous devons dire, d'ailleurs, que ces tests moteurs ne résolvent qu'une partie de l'orientation professionnelle de nos sujets. Chez les anormaux de l'intelligence et du caractère, les aptitudes motrices ne sont qu'un aspect du problème. Un débile intellectuel qui présente de la débilité motrice, s'il est obéissant, patient et suggestible, peut être automatisé dans certains gestes professionnels et acquérir, dans certains métiers, une habileté suffisante pour gagner sa vie. Au contraire, les instables et les pervers,

dont les aptitudes motrices peuvent être excellentes, ne peuvent, du fait de leurs troubles du caractère, s'adapter aux conditions sociales de la profession ; ils continuent à faire des fugues, à échapper à toute discipline, souvent à commettre des délits. Pour ces enfants, le problème déborde l'orientation professionnelle proprement dite ; il devient un problème d'orientation psychologique, d'assistance sociale ou de surveillance disciplinaire.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

STATUTS [1]

I

BUT ET COMPOSITION DE L'ASSOCIATION

Article premier

L'Association dite « Société médico-psychologique » fondée en 1847, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 11 décembre 1867, a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale ; elle comprend dans ses travaux toutes les sciences auxiliaires qui peuvent en favoriser les progrès. Elle s'occupe spécialement des objets suivants :

1° Pathologie mentale et pathologie du système nerveux ;

2° Anatomie et physiologie du système nerveux, anatomie pathologique ;

3° Science des rapports du physique et du moral ;

4° Hygiène morale, éducation ou prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, hygiène pénitentiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence ;

5° Assistance, médecine légale, jurisprudence et statistique des aliénés ;

6° Philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

La durée de la Société est illimitée.

Elle a son siège social à Paris.

(1) Statuts modifiés à l'occasion de la fusion des Sociétés psychiatriques et approuvés par décret du 30 juillet 1932 (voir page 339).

Art. 2

Les moyens d'action de la Société sont :

1° les séances ordinaires, au nombre de dix par an. Il pourra être tenu des séances extraordinaires sur la proposition du Bureau et par décision de la Société ;

2° la publication du bulletin de ses travaux, dans les « Annales médico-psychologiques » dont elle est co-propriétaire ;

3° l'attribution de prix, les uns annuels, d'autres décernés tous les deux ans ou tous les trois ans, destinés à récompenser des mémoires ou des ouvrages traitant des sujets en rapport avec ses travaux.

Art. 3

L'Association se compose de membres titulaires, de membres correspondants nationaux et d'associés étrangers.

Le nombre des membres titulaires est fixé à cent. Après dix ans d'exercice, et s'ils en font la demande, les membres titulaires peuvent recevoir de la Société le titre de membre titulaire honoraire.

Le nombre des correspondants nationaux et des associés étrangers n'est pas limité.

Tout candidat au titre de membre titulaire, de membre correspondant national ou d'associé étranger doit présenter sa demande par écrit. Cette demande est lue en séance et renvoyée à une commission de trois membres, qui doit faire son rapport au plus tard à la séance de décembre. Après avoir entendu le rapport, et après délibération, la Société procède à la nomination, qui a lieu au scrutin secret et à la majorité des suffrages exprimés par les membres titulaires et titulaires honoraires.

L'élection des candidats aux titres de membre correspondant national ou d'associé étranger est soumise aux mêmes formalités.

La Société, sur la proposition de cinq membres, peut aussi conférer directement le titre d'associé étranger à des savants ayant rendu des services éminents à la science. L'élection a lieu à la majorité absolue des membres présents.

La cotisation annuelle minima est de 150 francs pour les membres titulaires, de 110 francs pour les membres correspondants nationaux.

Elle peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle de la catégorie à laquelle appartient le membre.

La cotisation des membres titulaires honoraires est facultative. Lorsque, sur leur demande, ils versent une cotisation égale à celle des membres titulaires, ils continuent comme ceux-ci à recevoir le *Bulletin* de la Société.

Les associés étrangers ne paient pas de cotisation.

ART. 4

La qualité de membre de la Société se perd :

1° par la démission ;

2° par la radiation prononcée, pour non paiement de la cotisation ou pour motifs graves, par le Conseil d'Administration, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications, sauf recours à l'Assemblée générale.

II

ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ART. 5

La Société est administrée par un Bureau, composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, de deux secrétaires des séances et d'un trésorier-archiviste, élus par la Société en séance publique, mais au scrutin secret, et choisis parmi les membres titulaires.

En s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, le Bureau se constitue en Conseil d'Administration.

En cas de vacance, le Bureau pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Le renouvellement du Bureau a lieu tous les ans. Le vice-président devient, de droit, président l'année suivante.

Les membres sortants sont rééligibles.

ART. 6

Le Conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son Président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence de trois des membres du Conseil d'administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire général. Ils sont transcrits sans blancs ni ratures sur un registre coté et paraphé par le Préfet de la Seine ou son délégué.

ART. 7

Les membres de la Société ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées.

Les fonctionnaires rétribués de la Société peuvent être appelés à assister, avec voix consultative, aux séances de l'Assemblée générale et du Conseil d'administration.

ART. 8

L'Assemblée générale de la Société comprend les membres titulaires et titulaires honoraires. Les membres correspondants nationaux et les associés étrangers ont le droit d'assister aux séances et de prendre part aux discussions, mais ils n'y ont pas voix délibérative.

L'Assemblée générale se réunit une fois par an, à la date de la dernière séance ordinaire de l'année, et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration ou sur la demande du quart au moins des membres titulaires et titulaires honoraires.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'administration.

Son bureau est celui du Conseil.

Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Bureau. Le rapport annuel et les comptes sont publiés dans le *Bulletin* de la Société.

ART. 9

Les dépenses sont ordonnancées par le Président. La Société est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le Secrétaire général.

Le représentant de la Société doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

ART. 10

Les délibérations du Conseil d'administration relatives aux acquisitions, échanges et aliénations des immeubles nécessaires au but poursuivi par la Société, constitutions d'hypothèques sur les dits immeubles, baux excédant neuf années, aliénations de biens rentrant dans la dotation et emprunts doivent être soumises à l'approbation de l'Assemblée générale.

ART. 11

Les délibérations du Conseil d'administration relatives à l'acceptation des dons et legs ne sont valables qu'après l'approbation administrative donnée dans les conditions prévues par l'art. 910 du Code civil et les art. 5 et 7 de la loi du 4 février 1901.

Les délibérations de l'Assemblée générale relatives aux aliénations de biens mobiliers et immobiliers dépendant de la dotation, à la

constitution d'hypothèques et aux emprunts, ne sont valables qu'après approbation par décret simple.

Toutefois, s'il s'agit de l'aliénation de biens mobiliers et si leur valeur n'excède pas le vingtième des capitaux mobiliers compris dans la dotation, l'approbation est donnée par le Préfet de la Seine.

III

DOTATION, FONDS DE RESERVE ET RESSOURCES ANNUELLES

Art. 12

La dotation comprend :

1° une rente annuelle de 566 fr., en titres nominatifs de rentes sur l'Etat 3 0/0 ;

une rente de 800 fr., en titres nominatifs de rentes sur l'Etat 3 0/0 (Prix Aubanel) ;

une rente de 300 fr., en titres nominatifs de rentes sur l'Etat 3 0/0 (Prix Belhomme) ;

une rente de 100 fr., en titres nominatifs de rentes sur l'Etat 3 0/0 (Prix Moreau de Tours) ;

une rente de 302 fr., en titres nominatifs de rentes sur l'Etat 3 0/0 (Prix Christian) ;

2° les immeubles nécessaires au but poursuivi par la Société ;

3° les capitaux provenant des libéralités, à moins que l'emploi immédiat n'en ait été autorisé ;

4° les sommes versées pour le rachat des cotisations ;

5° le dixième au moins annuellement capitalisé du revenu net des biens de la Société.

Art. 13

Les capitaux mobiliers compris dans la dotation sont placés en valeurs nominatives de l'Etat français ou en obligations nominatives dont l'intérêt est garanti par l'Etat. Ils peuvent être également employés soit à l'achat d'autres titres nominatifs après autorisation donnée par décret, soit à l'acquisition d'immeubles nécessaires au but poursuivi par la Société.

Art. 14

Le fonds de réserve comprend l'excédent des recettes sur les dépenses du dernier exercice, déduction faite des fonds nécessaires au fonctionnement de la Société durant les six premiers mois de l'exercice courant.

La quotité et la composition du fonds de réserve peuvent être modifiées par délibération de l'Assemblée générale.

Ces délibérations doivent faire l'objet, dans le délai de huitaine, d'une notification au Préfet de la Seine.

Art. 15

Les recettes annuelles de la Société se composent :

1° de la partie du revenu de ses biens non comprise dans la dotation ;

2° des cotisations et souscriptions de ses membres ;

3° des subventions de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics ;

4° du produit des libéralités dont l'emploi immédiat a été autorisé ;

5° des ressources créées à titre exceptionnel et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente ;

6° du produit des publications.

Art. 16

Il est tenu au jour le jour une comptabilité deniers, par recettes et par dépenses, et, s'il y a lieu, une comptabilité matières.

Chaque établissement de la Société doit tenir une comptabilité distincte qui forme un chapitre spécial de la comptabilité d'ensemble de la Société.

IV

MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION

Art. 17

Les statuts ne peuvent être modifiés qu'en Assemblée générale réunie sur la proposition du Conseil d'administration, ou sur la demande des deux tiers au moins des membres titulaires et titulaires honoraires soumise au bureau au moins un mois avant la séance.

L'Assemblée doit se composer du quart, au moins, des membres titulaires et titulaires honoraires. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle ; et cette fois elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. 18

L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres titulaires et titulaires honoraires.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. 19

En cas de dissolution, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de la Société. Elle attribue l'actif net à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique. Toutefois, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

ART. 20

Les délibérations de l'Assemblée générale prévues aux articles 17, 18 et 19 sont adressées sans délai au Ministre de l'Intérieur et au Ministre de la Santé publique.

Elles ne sont valables qu'après l'approbation du gouvernement.

V

SURVEILLANCE ET REGLEMENT INTERIEUR

ART. 21

Le Secrétaire général doit faire connaître dans les trois mois à la Préfecture de la Seine tous les changements survenus dans l'Administration ou la Direction de la Société.

Les registres de la Société et ses pièces de comptabilité sont présentés sans déplacement, sur toute réquisition du Ministre de l'Intérieur ou du Préfet de la Seine, à eux-mêmes ou à leur délégué ou à tout fonctionnaire accrédité par eux.

Le rapport annuel et les comptes — y compris ceux des Comités locaux, — sont adressés chaque année au Préfet de la Seine, au Ministre de l'Intérieur et au Ministre de la Santé publique.

ART. 22

Le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Santé publique ont le droit de faire visiter par leurs délégués les établissements fondés par la Société et de se faire rendre compte de leur fonctionnement.

ART. 23

Les règlements intérieurs préparés par le Conseil d'administration et adoptés par l'Assemblée générale doivent être soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur et adressés au Ministre de la Santé publique.

Texte du Décret du 30 Juillet 1932

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

N° 471

Le Président de la République Française,

Sur le rapport du Ministre de l'Intérieur,

Vu, en date des 24 novembre 1930, 26 janvier et 23 février 1931, les délibérations de l'Assemblée générale de l'Association dite « Société Médico-psychologique », dont le siège est à Paris ;

Le décret du 11 décembre 1867 qui l'a reconnue comme établissement d'utilité publique, ensemble les statuts y annexés tels qu'ils ont été modifiés par décret du 23 décembre 1920 ;

Les pièces établissant la situation financière de l'Association ;

Les nouveaux statuts proposés et les autres pièces de l'affaire ;

L'avis du Préfet de la Seine du 30 novembre 1931 ;

L'avis du Ministre de la Santé Publique du 31 décembre 1931 ;

La loi du 1er juillet 1931 et le décret du 16 août suivant ;

Le Conseil d'Etat entendu ;

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite « Société Médico-Psychologique » dont le siège est à Paris et qui a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 11 décembre 1867, sera désormais régie par les statuts annexés au présent décret.

ART. 2. — Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal Officiel*.

Fait à Paris, le 30 juillet 1932,
Signé : A. LEBRUN.

Par le Président de la République,
Le Ministre de l'Intérieur,
Signé : C. CHAUTEMPS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 24 Octobre 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

1re SÉANCE

Décès du Dr Marc Trénel, ancien président

M. L. MARCHAND, *président.* — La psychiatrie française vient de faire une grande perte dans la personne de notre regretté collègue, Marc Trénel, médecin des asiles de la Seine, qui a succombé, le 9 août dernier, à l'âge de 66 ans, au moment où il commençait à jouir de sa retraite.

Depuis plusieurs mois il n'assistait plus à nos séances. Les symptômes précurseurs du mal qui devait l'emporter avaient fait leur apparition. Une première opération sembla avoir parfaitement réussi et autorisa tous les espoirs d'un prompt rétablissement. Trénel connaissait cependant la gravité de son mal, et les derniers mots qu'il écrivit, en juin dernier, à votre Président : « *Morituru*s *te salutat* », ne laissent aucun doute à ce sujet. Il a été enlevé par une complication survenue à la suite d'une deuxième intervention. Ses derniers moments furent marqués par de cruelles souffrances.

Je n'entreprendrai pas de décrire l'œuvre scientifique de Trénel. Elle fut consacrée à la médecine mentale, à la neurologie, à la médecine légale, à l'histoire de la médecine.

La personnalité de Trénel restera toujours présente parmi nous. Il fut un des membres les plus fidèles, les plus actifs de

nos réunions. Il siégeait toujours à la même place et écoutait attentivement les orateurs. Il se faisait remarquer par la vivacité de ses gestes ; une fine ironie se dessinait souvent sur son visage. Il paraissait pénétré d'indulgente philosophie puisée dans une haute culture littéraire et cependant, dès qu'il entreprenait de défendre une conception qui lui paraissait juste, ses paroles prenaient un ton fougueux et passionné qui surprenait ceux qui ne connaissaient pas l'exquise bonté de son cœur. Prompt à soutenir ceux qu'il estimait, à leur donner toute son affection, il n'hésitait pas, quelquefois avec un peu d'exagération, à manifester son mépris pour ceux dont il n'approuvait pas les idées. En décembre 1918, vos suffrages, à l'unanimité, le désignèrent comme président de notre société ; mais, chargé de mission en Syrie, il ne put présider que la séance du 26 janvier 1920.

Très bon clinicien, observateur minutieux, travailleur infatigable, Trénel était en même temps un homme de laboratoire. Ses travaux, dans lesquels règnent l'ordre et la clarté, renferment une riche documentation d'une probité scientifique impeccable, car il avait la préoccupation de rendre à chacun ce qui lui appartenait.

Connaissant plusieurs langues, il nous tenait au courant du mouvement scientifique à l'étranger. C'est lui qui, le premier, en France, nous fit connaître la schizophrénie. Il ne se doutait pas alors de l'extension que prendrait ce terme.

Dès son internat commencèrent ses recherches anatomo-pathologiques, qu'il devait continuer avec une admirable persévérance jusqu'à la fin de sa carrière. Son travail récent sur le délire aigu fut son testament scientifique. Il était le représentant d'une école qui comprend trop peu d'adeptes. Il déplorait l'indifférence manifestée dans les asiles à l'égard des recherches anatomo-pathologiques. Pensant stimuler le zèle de nos jeunes élèves, il prit la généreuse initiative de créer deux prix d'anatomie et d'histologie normale et pathologique du système nerveux, qui seront décernés en 1933 et 1934. Sa modestie n'a pas voulu que l'on donnât à ces récompenses le nom de Prix Trénel.

Quand éclata la grande guerre, Trénel n'eut d'autre pensée que de servir son pays de toutes ses forces. Quoique dégagé de toute obligation militaire, il s'engagea, partit comme médecin de bataillon et resta continuellement en première ligne. « Il sera toujours temps, me disait-il, de revenir à la médecine mentale après la guerre. » En 1919, après l'armistice, il partit en mission en Syrie. Une blessure, trois citations, lui valurent la Croix de guerre avec palme et la Croix de la Légion d'Honneur.

Sa bravoure devait également se manifester dans la vie civile. Vous vous rappelez avec quel sang-froid il désarma un aliéné dangereux qui, à l'entrée de l'asile Sainte-Anne, menaçait la foule de son revolver. Il recevait quelques mois plus tard, pour cet acte d'héroïsme, la médaille d'or du dévouement.

Aimé de ses malades, sachant capter leur confiance, il leur apportait, avec une bonté infinie, les douces consolations qui, chez les infortunés de l'esprit, sont les auxiliaires inséparables du traitement.

Ses obsèques eurent lieu dans la plus stricte intimité. C'était la période des vacances. Peu d'entre nous ont été prévenus assez tôt pour pouvoir l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure. La perte de notre collègue sera douloureusement ressentie par ses amis, ses collègues, son personnel de laboratoire. J'adresse à sa famille nos profonds regrets et je peux l'assurer que nous garderons pieusement le souvenir de l'homme de bien, du savant consciencieux, du clinicien sagace, du profond philosophe qu'était Trénel.

Le Dr Marc Trénel ayant été président de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

⁂

2e SÉANCE

La séance est reprise à 16 heures 30.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 21 juillet 1932 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur Georges DUMAS, *vice-président,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr HAGUENAU, médecin des Hôpitaux de Paris, faisant part du décès du Dr Marc TRÉNEL, *ancien président* de la Société, inhumé, selon son désir, dans la plus stricte intimité ;

une lettre de M. le Dr Jean PICARD, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* une

Commission, composée de MM. H. CLAUDE, L. MARCHAND et Roger DUPOUY, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 novembre 1932 ;

Décret modifiant les Statuts de la Société

une lettre de M. le Préfet de la Seine, en date du 13 octobre 1932, transmettant l'ampliation d'un décret en date du 30 juillet 1932 approuvant la modification des statuts de la Société médico-psychologique et donnant le texte des nouveaux statuts, approuvés par le Conseil d'Etat, qui régissent désormais la Société ; ces statuts seront publiés dans le numéro d'octobre des *Annales Médico-psychologiques*, en même temps que le texte du décret et le compte rendu de la présente séance ;

Reconnaissance d'Utilité publique du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

une lettre de M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général* de l'Association dite *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, annonçant à la Société Médico-psychologique que, par décret du 23 août 1932, cette Association a été reconnue comme établissement d'utilité publique.

Date de l'Assemblée Générale de décembre

Le quatrième lundi du mois de décembre 1932, se trouvant être le lundi 26 décembre, lendemain de Noël, et pendant la période des vacances universitaires, la Société décide de tenir cette séance et *l'Assemblée générale* annuelle le *jeudi 22 décembre 1932*, à 4 heures très précises, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine, à Paris.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. LAUZIER, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, René CHARPENTIER et LAUZIER, rapporteur, sur les titres de M. le Dr Jean STANESCO, de Bucarest, candidat au titre de *membre associé étranger* de la Société, il est procédé au vote :

Nombre de votants : 18 ;
Majorité absolue : 10.

A obtenu :

M. le Dr Jean STANESCO 18 voix.

M. le Dr Jean STANESCO, de Bucarest, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Les érythèmes toxiques au cours des états psychopathiques, par MM. Bussard et Paul Carrette.

L'emploi de plus en plus fréquent des composés barbituriques a conduit de nombreux auteurs à décrire des manifestations toxiques attribuées à l'intolérance de ces produits dans les maladies mentales en général, et dans l'épilepsie en particulier. Nous ne nous arrêterons pas aux accidents aigus, léthargiques ou comateux, non plus qu'aux troubles somatiques variés et aux états de déchéance intellectuelle, délirants ou maniaques. Nous envisagerons uniquement les manifestations cutanées à propos desquelles nous désirons présenter quelques observations critiques.

On a imputé au barbiturisme des éruptions de types extrêmement variés, simulant ceux des fièvres éruptives. Si nous nous rapportons à l'article de MM. Duvoir et Desoille dans la récente collection de la Pratique Médico-Chirurgicale, nous voyons qu'il y a lieu de distinguer, avec Tardieu et Carteaud, des variétés scarlatiniforme, morbilliforme, érysipélateuse, rubéolique, érythémato-pustuleuse, bulleuse, pemphigoïde, et, évidemment, polymorphe. M. Marchand, dans une communication sur le gardénalisme chez les épileptiques (1), rappelle ces données et signale, en outre des manifestations eczématiformes, constamment et fortement prurigineuses, des œdèmes, ainsi que la participation inflammatoire fréquente des muqueuses et des ganglions. Naudascher a observé un grand nombre d'accidents cutanés dans des cas de traitement boriqué chez les épileptiques (2). Il décrit la plupart des formes que nous venons de mentionner et Beaussart affirme avoir vu des troubles identiques chez des malades ayant reçu du gardénal, même à faible dose.

En somme, les auteurs sont d'accord pour attribuer à l'agent médicamenteux les manifestations dermatologiques observées et ils recommandent d'abandonner provisoirement la cure pour la remplacer par un traitement antitoxique.

Une première observation, faite en 1926, nous incitait à admettre ces notions sans restrictions.

(1) *Société Clinique de Médecine Mentale ;* séance du 23 mai 1923.
(2) *Société Clinique de Médecine Mentale ;* séance du 21 novembre 1921.

Il s'agit d'une jeune fille de 30 ans, atteinte de psychose intermittente, ayant eu plusieurs accès de manie aiguë suivis de périodes de dépression légère. Elle termine, en avril 1926, une crise maniaque franche avec agitation violente ; elle est fatiguée, instable, très émotive. Au début de mai, à la suite d'un choc moral d'apparence minime, l'excitation reprend brutalement et on administre 30, 40, et certains jours, 50 centigrammes de gardénal, sans obtenir de sédation appréciable de l'agitation qui procède par poussées de colère, avec cris et bavardages, dont la durée varie de quelques minutes à 2 ou 3 heures et qui se renouvellent fréquemment, aussi bien la nuit que le jour. Vers le 9e jour du traitement gardénalique, on constate un érythème roséoliforme, rapidement généralisé, n'épargnant que la face, la paume des mains et la plante des pieds. Il n'y a ni papules, ni vésicules. On remplace immédiatement le gardénal par des injections de sédol. Le prurit est intense ; le 3e jour, les larges plaques rouges confluentes, parfois plus roses à la périphérie, sont en quelques régions un peu œdémateuses ; sur les membres et au cou les taches sont plus petites et on décèle même des zones envahies d'un piqueté rougeâtre sur un fond plus pâle. La température monte le soir à 37°9, 38°2. Les urines sont rares ; les mictions fréquentes et très douloureuses, preuve d'une participation de la muqueuse vésicale et urétrale. Il n'y a pas dans l'urine émise d'albumine, ni de mucopus.

Vers le 7e jour, l'éruption décroît et disparaît vers le 10e jour. On a fait ingérer du chlorure de calcium et de l'ergotine ; on a administré également du bleu de méthylène dont l'élimination irrégulière et retardée se prolonge jusqu'au 5e jour sous forme de chromogène.

L'accès maniaque s'atténue ensuite rapidement. Cette malade présente des signes de déséquilibre neuro-végétatif : le réflexe oculo-cardiaque est parfois inversé ; le réflexe solaire nul ; la recherche des modifications pupillaires par l'instillation de cocaïne et de pilocarpine donne des renseignements variables, souvent paradoxaux.

Ajoutons qu'au cours d'une tentative thérapeutique postérieure par l'ingestion le matin à jeun de 200 grammes de glucose, il a été possible de préciser de petits signes d'insuffisance hépatique. Une légère torpeur a été constatée, du prurit, de la fatigue ; l'urine contenait des traces de sucre ; l'adjonction d'injections d'adrénaline à la prise de glucose augmentait la netteté des réactions à la liqueur de Fehling et amenait une sédation plus appréciable de l'excitation psycho-motrice.

Du point de vue que nous admettions sur la foi de notions apprises, cette première observation était des plus concluantes : une malade, atteinte d'agitation, était traitée par le gardénal ; à la faveur du déséquilibre neuro-végétatif et de l'insuffisance hépato-rénale, elle supportait mal les barbituriques et présentait des accidents cutanéo-muqueux typiques. L'apparition de l'éruption au 9e jour pouvait confirmer la notion de l'origine biotropi-

que, telle que Milan l'a exposée. Ultérieurement, notre malade a absorbé des quantités considérables de gardénal au cours d'accès maniaco-dépressifs, et elle les a toujours bien tolérées.

Nous eûmes l'occasion d'observer, par la suite, 2 autres malades atteintes de réactions cutanées analogues, et nous ne faisons qu'esquisser rapidement leur histoire.

Louise P., 52 ans, obsédée psychasthénique, présente un érythème après 13 jours d'un traitement par 10 centigrammes de gardénal en deux fois. Après sevrage, l'éruption disparaît en 5 ou 6 jours, mais elle réapparaît identique, un mois plus tard, à la 3e injection d'une cure par l'insuline. Cette fois, la réaction cutanée ne dure que quelques heures ; elle récidive à chaque injection, pour céder de plus en plus lentement et évoluer vers le type urticarien.

Suzanne J., 65 ans, mélancolique anxieuse, hypertendue, reçoit chaque jour 15 centigrammes de gardénal en trois fois et fait le 27e jour un érythème intense, occupant même la face, avec quelques éléments papuleux, disparaissant 8 jours après la suppression du médicament. L'état mental de la malade, qui n'avait guère été modifié depuis le début de la médication, s'améliore, par la suite, au cours d'un traitement antitoxique associé à l'opium.

Etayée par ces faits et les descriptions contemporaines des auteurs, notre opinion sur l'étiologie des érythèmes toxiques se résumait dans la certitude qu'ils provenaient de l'emploi des barbituriques. C'est alors qu'il nous fut donné d'observer un cas clinique en tous points comparable aux précédents, chez une femme à l'abri de toute intoxication exogène, puisqu'elle ne prenait pas de médicaments. Le problème étiologique se modifiait, s'élargissait ; nous nous trouvions en présence de réactions organiques d'une signification plus générale, dans lesquelles on avait fait jouer, peut-être à tort, aux barbituriques, un rôle capital, presque spécifique, alors qu'ils n'y avaient qu'une part occasionnelle, parfois douteuse.

Marie Le P., 52 ans, est atteinte de psychose hallucinatoire chronique, remontant à 20 ans. Elle est placée en Maison de Santé à l'occasion d'une bouffée d'anxiété qui donne à sa psychose l'aspect d'un délire polymorphe, avec des idées de persécution, des interprétations, des hallucinations visuelles et auditives, des préoccupations hypocondriaques, des troubles de la sensibilité génitale. La ménopause remonte à 10 ans ; à cette époque, la malade a été opérée d'un fibrome et la psychose sensorielle s'est trouvée aggravée de crises maniaco-dépressives. A la clinique, elle refuse d'abord tout traitement médicamenteux ; depuis longtemps, elle y a renoncé par crainte d'empoisonnement et son placement est plutôt une fugue destinée à

dépister ses ennemis imaginaires. Elle est subictérique, se plaint de brûlures épigastriques, et une dizaine de jours après son entrée, elle présente une éruption érythémateuse, du gonflement cervical, un léger œdème malléolaire, de la dysurie. On profite de l'apparition de ces symptômes nouveaux pour exposer à la malade la nécessité de soins destinés à combattre les mauvaises influences extérieures auxquelles elle attribue son éruption. On lui fait alors des injections intraveineuses de chlorure de calcium et l'autohémothérapie. L'érythème, tenace, ne cède qu'après 12 à 13 jours. On administre ensuite du sédobrol et du somnifène pour combattre l'insomnie, sans observer la moindre récidive de réaction cutanée et la crise d'anxiété décroît, puis disparaît au bout de quelques semaines. La malade quitte la Maison de Santé, toujours persécutée, mais calme et même optimiste.

Au cours de ces dernières années, nous avons vu 11 autres malades atteints, dans des conditions analogues, d'érythèmes toxiques cutanéo-muqueux. 3 fois nous nous sommes trouvés en face de cas superposables à celui que nous venons de citer. Le diagnostic de la psychose primaire nous a paru sans importance. Tous les syndromes se sont présentés à nous, sauf l'épilepsie et les états démentiels avérés. Nous avons ainsi observé des confus, des mélancoliques, un parkinsonien déprimé, des délirants persécutés ou schizophréniques, une circulaire, mais quelle qu'ait été l'étiquette générale, la réaction toxique survenait au cours d'un paroxysme anxieux, émotif ou maniaque, et le décours ultérieur de l'accès était assez rapidement favorable, dans la majorité des cas.

Nous croyons pouvoir préciser que les sujets observés ont des téguments fragiles, des réactions vaso-motrices intenses, un foie et un tractus digestif déficients. Nous n'avons jamais constaté ces dermatoses variées, signalées par les auteurs, mais uniquement des érythèmes roséoliques, œdémateux parfois et urticariens, prurigineux, évoluant en 5 à 12 jours et ceci, sans qu'on puisse affirmer que les traitements habituels : chlorure de calcium, ergotine, autohémothérapie, en aient précipité l'évolution. Nous n'avons pas vu ces éruptions récidiver (sauf dans un cas très spécial avec l'insuline), même chez les malades traités par le gardénal quand on reprenait l'usage des barbituriques, et nous avons pu les administrer impunément chez des sujets guéris d'érythèmes provoqués par des intoxications endogènes.

Nos malades, transitoirement atteints d'un déséquilibre physique et mental, étaient sensibilisés aux poisons de toute nature, en pleine période d'intolérance et d'élimination. Un traitement

antitoxique s'imposait pour eux, comme il s'impose au cours des troubles mentaux aigus quel que soit l'aspect des manifestations somatiques. La constatation de désordres cutanés a été un avertissement utile, un rappel des nécessités thérapeutiques urgentes.

Nous ne nions pas la toxicité des barbituriques. Les preuves indiscutables de leur pouvoir nocif ne manquent pas, mais on n'est pas toujours fondé à les incriminer, et par conséquent à en supprimer hâtivement l'administration, en présence des réactions que nous avons signalées. Nous insistons à nouveau sur le fait que nous avons pu en tenter la reprise chez certains malades après la disparition des érythèmes sans provoquer de récidives. Ces constatations ne sont pas sans intérêt dans les cas où c'est justement le médicament, parfois accusé à tort à notre avis, qui exerce l'action la plus favorable sur les manifestations dysthymiques ou sur les crises, s'il s'agit d'épileptiques.

M. Guiraud. — Je suis surpris du nombre d'érythèmes notés par M. Carrette. Ces cas sont exceptionnels dans mon service. Je me demande s'il n'y a pas là des causes locales.

M. Carrette. — C'est justement la fréquence des manifestations cutanées qui nous a frappé. Les causes locales ne me paraissent pas évidentes ; il s'agissait tantôt de malades récemment entrés, tantôt de cas observés au dehors. Jamais nos malades chroniques ayant vécu des mois ou des années à la Maison de santé n'ont présenté d'accidents cutanés tels que ceux que nous signalons.

M. Marchand. — Ces érythèmes étaient fréquents autrefois. J'en observe beaucoup moins depuis une dizaine d'années. Pour ceux qui étaient dus au gardénal, on peut admettre que le produit livré actuellement au commerce est mieux préparé, plus pur.

Confusion mentale et pyélonéphrite,
par MM. E. Martimor et J. Brzezinski.

Les états toxiques et infectieux les plus disparates ont été signalés à l'origine du syndrome confusion mentale.

L'observation que nous vous présentons (état confusionnel consécutif à une pyélonéphrite) ajoute un nouvel élément à la collection des facteurs étiologiques déjà indiqués par d'autres auteurs. Elle révèle en outre certains détails qui nous ont paru

intéressants touchant la façon dont une constitution psychopathique intervient pour déterminer ou colorer des troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse.

Notre malade, Mme B., âgée de 46 ans, offrait à l'éclosion d'une psychose un terrain particulièrement propice.

Son père, interné à l'âge de 33 ans, avec le diagnostic : délire aigu, est mort après avoir présenté pendant 4 mois une agitation presque incessante, des idées délirantes incohérentes et des symptômes physiques paraissant se rattacher à une néphrite chronique.

Du côté maternel on ne relève pas de troubles nerveux, mais on note une ménopause précoce dans trois générations successives : à 29 ans chez la grand'mère de la malade, à 32 ans chez la mère, à 32 ans également chez la malade elle-même.

En ce qui concerne les antécédents personnels, il faut retenir les particularités suivantes : naissance gémellaire à 7 mois, poids 750 gr. (?) ; faibles aptitudes scolaires ; typhoïde à 17 ans ; dès l'enfance, se révèle timide, impressionnable, réagissant à la moindre observation par les pleurs et l'isolement, pusillanime, superstitieuse. Après le mariage et la grossesse, l'émotivité augmente ; fait parfois de petites crises d'anxiété.

En 1925, à l'âge de 33 ans, crise de mélancolie anxieuse avec idées de persécution ; des bandits déguisés se sont introduits chez elle pour la tuer, sa bonne veut l'empoisonner. Cet état aigu se dissipe au bout de trois mois, mais la malade conserve des résidus rétrospectifs de ses convictions délirantes. Elle s'inquiète pour les motifs les plus futiles.

Au mois de mars dernier, elle commence à se plaindre de céphalées, de courbature, de douleurs abdominales (qu'elle attribue à un cancer) ; l'anxiété reparaît, augmente progressivement et, au début de mai, on constate, par intervalles, un onirisme à caractère terrifiant (bombes, gaz asphyxiants, menaces de mort) et des idées d'auto-accusation.

A son entrée à la Maison de santé, le 16 mai, elle est très anxieuse, court dans la salle, demande grâce pour sa fille qui va être brûlée vivante, s'accuse d'avoir tué plusieurs personnes.

Elle est tout d'abord assez bien orientée, répond correctement quand on veut éveiller son attention, mais, dans les jours qui suivent, s'installe progressivement un état confusionnel avec désorientation complète, fausses reconnaissances, lenteur de l'idéation, puis stupeur et mutisme coupés d'accès d'onirisme fantastique avec panophobie, essais de fuite.

Parallèlement à ces variations de l'état psychique se développe un syndrome infectieux. La température, normale à l'entrée, s'élève progressivement pour atteindre 39°4 le 9e jour. La langue devient sèche, les lèvres fuligineuses. Il n'est pas possible de mesurer le volume des urines de 24 heures, mais les échantillons recueillis montrent des traces d'albumine, quelques cellules épithéliales et, le

8e jour, une acétonurie abondante sans glycosurie. Wassermann et Hecht négatifs. Urée sanguine : 0,65.

Le traitement de l'état infectieux par le régime lacté, l'urotropine, l'huile camphrée, l'électrargol, ne donne pas de résultats bien nets, mais l'administration d'insuline fait disparaître rapidement l'acétone dans les urines.

Le 27 mai (12 jours après l'entrée), la malade se plaignant de douleurs lombaires, une palpation méthodique de l'abdomen révèle des points douloureux dans la région du bassinet et sur le trajet de l'uretère à gauche.

Soupçonnant une polynéphrite avec rétention de pus dans le rein, nous prescrivons un traitement approprié (diurétiques, antiseptiques urinaires, révulsion). Le 29, le pus apparaît dans les urines en assez grande quantité avec de l'urobiline et de nombreux cristaux d'urates. A partir de ce moment, la température baisse et l'on constate une amélioration de l'état général et des troubles mentaux ; la malade est moins confuse, mieux orientée. Cette amélioration se poursuit les jours suivants, coupée de rechutes coïncidant avec des diminutions passagères de la quantité de pus rejetée par les urines.

Il est intéressant de noter que, lorsque la confusion disparaît, les idées de persécution à teinte anxieuse reparaissent ; inversement, le retour de la confusion étouffe l'activité délirante et même l'anxiété.

Dès les premiers jours de juin, la fièvre disparaît définitivement, la malade élimine chaque jour des urines abondantes (2 litres environ) et renfermant d'assez grandes quantités de pus.

L'état confusionnel s'est dissipé, mais des idées délirantes persistent, instables, changeantes, provenant, soit de résidus oniriques, soit d'hallucinations épisodiques, soit d'interprétations des propos de l'entourage. C'est toujours la note anxieuse qui domine : craintes d'empoisonnement, menaces pour la malade et pour sa fille. Puis, peu à peu, tout rentre dans l'ordre, le caractère pathologique des inquiétudes antérieures est reconnu et l'avenir envisagé avec confiance. La constitution émotive, momentanément atténuée par l'euphorie de la convalescence, ne se manifeste plus que par une attente un peu trop impatiente des visites de la famille, des scrupules un peu exagérés dans l'exécution des prescriptions médicales.

A la fin de juillet, Mme B. est sortie de l'asile, conservant encore une légère pyurie. Ce dernier symptôme avait complètement disparu lorsque nous avons revu la malade récemment. Par contre, au contact des difficultés de l'existence, la constitution émotive a repris ses manifestations habituelles, qui sont d'ailleurs assez discrètes pour le moment.

De l'observation que nous venons de relater nous croyons pouvoir extraire les constatations suivantes :

1° La cause des troubles mentaux présentés par notre malade paraît être une pyélonéphrite évoluant chez une prédisposée

avec constitution hypérémotive. Le diagnostic de pyélonéphrite a été fait longtemps après le début des troubles mentaux, mais les commémoratifs montrent que ce début a été accompagné de signes fonctionnels de lésions rénales. En outre, le parallélisme ultérieur des symptômes rénaux et psychiques est assez significatif.

2° Les troubles mentaux ont été caractérisés tout d'abord par un léger état confusionnel avec hallucinations et agitation à teinte anxieuse ; pendant une deuxième période (où il y a eu vraisemblablement retention de pus dans les reins), l'état psychique est celui d'un délire aigu sans caractères spéciaux ; enfin, lorsque le pus s'élimine librement, la confusion disparaît et seules persistent des idées délirantes à teinte anxieuse.

3° Il est utile de rechercher, dès le début d'un syndrome confusionnel les signes d'une pyélonéphrite toujours possible. Des observations ultérieures nous ont d'ailleurs montré que cette éventualité n'était pas exceptionnelle.

4° Les petits signes d'insuffisance hépathique (acétonémie, urobilinurie) constatés chez notre malade sont, à notre avis, des phénomènes secondaires. Leur accorder trop d'importance serait s'exposer à des déductions pathogéniques et thérapeutiques erronées. On les rencontre dans presque tous les délires infectieux, alors que ces derniers ont souvent une toute autre origine qu'une lésion primitive du foie.

5° Le traitement de la pyélonéphrite que nous avons institué a amélioré les troubles mentaux, mais il est probable que nous aurions obtenu un résultat plus net, si nous avions pu déterminer l'élément microbien en cause et employer un auto-vaccin.

M. Fribourg-Blanc. — Je me garderais bien de vouloir diminuer l'efficacité de la sérothérapie anticolibacillaire du Professeur Vincent. Je l'ai appliquée avec succès au Val-de-Grâce chez un malade présentant un syndrome mélancolique et atteint de colibacillose ; à la suite de cette sérothérapie, le malade guérit, mais, deux ans après, à la suite d'un simple choc émotif, il présenta un nouvel état de dépression psychique grave. J'ai l'empression que, dans les cas de ce genre, les troubles organiques ne sont pas tout dans l'étiologie du syndrome psychique et il me semble qu'il y faut une prédisposition. Ne fait pas de la confusion mentale qui veut. Chez le malade de M. Martimor, cette prédisposition psychopathique paraissait bien exister.

M. H. Baruk. — La communication de M. Martimor présente le grand intérêt d'attirer l'attention sur les rapports de la pyélo-

néphrite et des troubles mentaux. J'ai observé deux cas dans lesquels des troubles confusionnels, ayant évolué ultérieurement vers la démence précoce, sont survenus immédiatement au décours de la période fébrile d'une pyélonéphrite colibacillaire. Dans l'un de ces cas, il existait des poussées évolutives de troubles mentaux exactement parallèles aux poussées de colibacillurie.

Ces deux cas correspondaient en effet à une pyélonéphrite à colibacilles. On sait l'affinité particulière de l'infection colibacillaire pour le système nerveux, affinité qui a été démontrée par les belles recherches expérimentales récentes du Professeur H. Vincent. Il est probable que si l'attention était plus attirée de ce côté, on pourrait mettre en évidence plus souvent le rôle du colibacille, et exercer une thérapeutique étiologique qui n'a de chance d'être efficace qu'à condition d'être précoce.

M. Schiff. — En insistant sur le rôle du colibacille dans les affections mentales en général, M. Baruk élargit utilement le débat ouvert par l'intéressante communication de M. Martimor. Le colibacille est un germe ubiquitaire qui peut être rencontré chez beaucoup de psychopathes ; on doit se demander, à cause de sa fréquence même, quelle est sa valeur étiologique.

Dans une séance récente (1932) de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, M. Joltrain a insisté sur le rôle pathogénique des colibacilloses dans les états psychasthéniques. J'ai employé moi-même, chez plusieurs malades à colibacillurie positive (l'une d'elles avec colibacillémie), ou au contraire sans colibacillurie décelable, les vaccins à ingérer anti-colibacillaires de Ronetiex. Les résultats sont difficiles à interpréter : une amélioration mentale rapide fut obtenue chez deux malades, déprimées anciennes, chez qui le colibacille n'avait pu être décélé et qui ne présentaient ni syndrome entéro-rénal, ni constipation chronique.

Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux, par MM. H. Baruk, Max Bidermann et Albane.

A. Position du problème

De longue date, beaucoup de cliniciens ont émis l'hypothèse de rapports possibles entre la tuberculose et la démence précoce, en se fondant notamment sur la fréquence du mauvais état général des déments précoces, et sur la proportion importante de tuber-

culose pulmonaire ou viscérale qu'ils présentent. Toutefois, a-t-on pu faire remarquer, il reste assez difficile de prouver d'une façon certaine la filiation des troubles mentaux et de la bacillose, l'évolution des deux maladies n'étant souvent pas parallèles.

En réalité, le problème est plus complexe : nous avons insisté, avec le Professeur Claude (1), en 1930, sur les données cliniques suivantes : non seulement il n'existe pas de parallélisme entre le syndrome mental et les poussées évolutives bacillaires, mais encore on constate un *véritable balancement* entre les troubles psychiques et les signes de localisation évolutive tuberculeuse. Voici, par exemple, un jeune homme porteur, depuis plusieurs années, d'adénopathies tuberculeuses et d'une fistule anale de même nature. Peu à peu il pâlit, présente un état asthénique, et finalement entre dans un état hébéphréno-catatonique des plus grave qui dure quatre ans. Or, tout d'un coup, à la suite de ces quatre années, l'état mental s'améliore et guérit complètement d'une façon stupéfiante, en même temps qu'apparaissent les signes d'une bronchopneumonie caséeuse qui finit par emporter le malade. — Voici un autre jeune homme de 20 ans, actuellement interné dans notre service de St-Maurice. Il y a deux ans, à la suite d'un épisode infectieux mal défini, s'installe un syndrome hébéphrénique qui aboutit à un état d'agitation incohérente avec mutisme, stéréotypies, gâtisme, etc... Brusquement, il y a quelques mois, cet état mental guérit complètement, en même temps que s'installe successivement une coxalgie, une pleurie-séro-fibrineuse tuberculisant le cobaye, une péricardite.

Nous pourrions multiplier des exemples analogues, que nous avons observés en grand nombre. Tous montrent *un balancement remarquable entre les localisations tuberculeuses et les troubles mentaux :* ceux-ci apparaissent souvent dans la période prémonitoire, ou au moment de la guérison clinique de lésions tuberculeuses, et peuvent au contraire disparaître au moment de nouvelles poussées évolutives.

Tel est le problème en apparence paradoxal qui se pose dès qu'on aborde la question des rapports de la tuberculose et de la démence précoce.

Pour étudier ce problème, il n'est pas inutile de faire appel

(1) H. Claude et H. Baruk. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases torpides et dans les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical,* 27 déc. 1930.

Depuis la publication de ce travail, nous avons pris connaissance de la thèse de Brunerie, *Thèse de Lyon,* 1927, inspirée par le Pr Lépine, qui aboutit à des notions analogues.

à quelques données de pathologie générale, qui nous montrent qu'un tel paradoxe n'est nullement exceptionnel dans l'histoire de la tuberculose. Il existe, en effet, en médecine, de nombreux syndromes, dont on suspecte la nature tuberculeuse sans pouvoir encore déceler de lésions bacillaires caractéristiques. Il en est ainsi notamment de certains rhumatismes chroniques (rhumatisme de Poncet), de l'érythème noueux, etc.

Mais c'est surtout *l'asthme* qui est intéressant à étudier à ce point de vue. On sait en effet que, d'une part, beaucoup de cliniciens ont souligné la parenté de certains asthmes et de la tuberculose, et que, d'autre part, il semble qu'il existe un certain antagonisme entre les crises d'asthme et la tuberculose évolutive. L'asthme disparaît parfois d'une façon impressionnante, au moment où survient une poussée d'une tuberculose pulmonaire. *Le problème des rapports de l'asthme et de la tuberculose se pose donc de la même façon que celui des rapports de la tuberculose et de la démence précoce.*

En un mot, il semble que la tuberculose soit susceptible de donner lieu à deux ordres de manifestations différentes et même antagonistes : d'une part des manifestations fonctionnelles et générales sans signature lésionnelle nette, d'autre part des localisations anatomiques avec les signes cliniques et bactériologiques classiques.

A quoi correspondent ces deux types de manifestations ? Deux tendances se font jour actuellement sur ce sujet.

La première, la plus récente en date, consiste à attribuer ces deux ordres de symptômes à des virus différents, ou tout au moins à des stades différents du virus tuberculeux. Il s'agit là des conceptions qui attribuent au virus filtrant le rôle essentiel dans la production de ces manifestations fonctionnelles et générales.

La seconde consiste à rattacher ces deux types de syndromes à un état humoral différent. Ce sont là les conceptions qui dérivent de la notion de *l'allergie*.

Nous laisserons de côté, dans cette communication, la question du virus filtrant, malgré le grand intérêt qu'elle présente. Nous y reviendrons ultérieurement.

Nous étudierons seulement, dans ce travail, la question de l'allergie dans ses rapports avec la démence précoce.

B. L'allergie : ses caractères dans la démence précoce

Rappelons d'abord quelques notions essentielles permettant de définir l'allergie : on sait qu'un animal absolument vierge de

toute tuberculose ne réagit pas à la tuberculine. Par contre, l'animal préalablement infecté de tuberculose (à condition que cette atteinte soit relativement atténuée) devient hypersensible à la tuberculine. Par exemple, l'injection à un tel animal de tuberculine déterminera soit des réactions locales (ulcération au point d'inoculation. Phénomène de Koch), soit des réactions générales. De même la tuberculine intra-dermique donnera des réactions locales (cutiréaction, intra-dermoréaction). En un mot, l'animal faiblement tuberculisé a acquis vis-à-vis des poisons tuberculeux un comportement différent de son comportement antérieur : c'est là le phénomène décrit par Von Pirquett sous le nom d'allergie. Cette allergie constitue donc un phénomène de sensibilisation. Elle constitue aussi un phénomène de défense, car les animaux allergiques résistent mieux à la tuberculose que les témoins.

L'allergie est la règle chez l'homme adulte, comme le montre la cutiréaction. Mais elle présente des degrés différents, qui ne sont pas sans retentir sur les réactions humorales générales, l'état du système nerveux végétatif et les réactions du sujet vis-à-vis des nouvelles atteintes tuberculeuses. C'est pourquoi la première question qui se posait à nous était de savoir comment les déments précoces se comportent au point de vue de l'allergie.

On admet généralement que les déments précoces, par suite de leur inertie neuro-végétative, sont dépourvus de réactions allergiques. Il semble classique d'admettre par principe que ces malades sont essentiellement « *anergiques* ».

Pour trancher cette question, nous avons soumis systématiquement 65 malades atteints de démence précoce hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique aux examens suivants : examen clinique complet, examen radiologique, enfin examen humoral. Au point de vue humoral, nous avons pratiqué chez chaque malade des cutiréactions, des réactions de Vernes et de Besredka (1) dans le sang. Tous ces résultats ont été réunis dans une série de tableaux synoptiques permettant de confronter chez chaque malade l'état mental, l'examen clinique et somatique général et le comportement humoral. Les limites de cette communication nous interdisent malheureusement de publier ici ces tableaux détaillés. Ils paraîtront prochainement dans la thèse de l'un de nous (2).

(1) Nous remercions vivement le Pr Besredka et M. Verne et ses collaborateurs (notamment le Dr Léger) qui ont bien voulu se charger de ces examens. Rappelons d'ailleurs que divers auteurs (Mlle Pascal, Vié, etc...) ont déjà étudié ces réactions chez les déments précoces.

(2) Albane. — Tuberculose et démence précoce. *Thèse de Paris* (en préparation).

Nous résumerons donc seulement ici les conclusions générales qui résultent de l'analyse de ces tableaux. Ces conclusions peuvent se ramener aux données suivantes :

1° *Nature des réactions humorales des déments précoces à la tuberculine.* — Contrairement à l'opinion courante qui était notre hypothèse de départ, non seulement les déments précoces ne sont pas anergiques en général, mais ils présentent, pour la plupart, des *réactions allergiques extrêmement intenses* et nettement plus accentuées que celles des sujets normaux.

En effet, les *cutiréactions* sont, chez la plupart de nos hébéphréniques, d'une intensité tout à fait exceptionnelle : leurs dimensions sont souvent considérables, dépassant 3 et 4 cm. de diamètre, s'accompagnant de réactions œdémateuses et d'un centre papuleux très infiltré. En outre, la durée de ces cutiréactions nous a paru très fréquemment prolongée chez ces sujets, certaines réactions restant encore très marquées au 22e jour (1). Ajoutons encore que nous avons pu observer des cutiréactions encore très positives chez des déments précoces atteints de cachexie avancée, et même durant les jours précédant la mort.

Par contre, la réaction de Verne (qui traduit, semble-t-il, surtout l'existence de poussée évolutive bacillaire) s'est toujours montrée négative, sauf chez tous les déments précoces atteints manifestement de tuberculose pulmonaire en évolution. Sur 65 déments précoces étudiés au point de vue de la réaction de Verne, nous avons recueilli 20 cas de réactions positives.

La *réaction de Besredka* s'est montrée 25 fois positive. Cinq fois cette réaction était positive, alors qu'il n'existait aucun signe de localisation tuberculeuse, et qu'il s'agissait seulement de malades en proie à des troubles mentaux et à un mauvais état général. Mais plusieurs mois après nous avons vu, chez ces malades, survenir des lésions pulmonaires tuberculeuses. Ces faits sont intéressants, car ils confirment, au point de vue biologique, la notion de *troubles mentaux dans la période prémonitoire* de la tuberculose pulmonaire, troubles en rapport probablement avec une imprégnation toxique ou toxi-infectieuse plus ou moins latente, et décelable uniquement par la réaction de Besredka et par de très fortes réactions allergiques.

2° *Caractères cliniques, évolutifs et humoraux des lésions*

(1) Cf. sur la valeur de ces divers caractères de la cuti-réaction et sur la question des dimensions, de la durée, etc..., Marc Weiss : Recherches sur la sensibilisation locale engendrée par la tuberculine. *Annales de Médecine*, 1925, t. 17, p. 408.

tuberculeuses viscérales chez les déments précoces. — L'intensité des phénomènes allergiques sur laquelle nous venons d'insister chez les déments précoces ne confère nullement à ces malades une immunité contre les lésions viscérales tuberculeuses. Bien au contraire, il semble que ces sujets soient particulièrement sensibles aux atteintes tuberculeuses, puisque nous avons trouvé, chez 65 malades, vingt cas de tuberculose cliniquement décelable, presque toujours pulmonaire. Toutefois, leur état allergique leur confère des réactions de défense particulière, qui se traduisent par une *allure particulièrement lente, torpide, des lésions.* Nous avons vu que les signes lésionnels apparaissent souvent tardivement après une longue phase de troubles généraux et humoraux. Quand ils sont apparus, ils restent souvent immobilisés, ou tournent court, ou enfin évoluent vers la tuberculose fibreuse. Cette *lenteur évolutive des lésions tuberculeuses locales* prend d'autant plus de valeur qu'elle contraste d'une façon frappante avec les troubles importants de l'état général (pâleur, cyanose) avec les difficultés de l'alimentation, et l'état, souvent très précaire, des conditions de vie de ces malades, état qui devrait logiquement entraîner une évolution rapide des lésions.

3° *Rapports entre les réactions hyperallergiques des déments précoces et les troubles mentaux.* — Ainsi par suite de l'intensité exceptionnelle de leurs réactions allergiques, les déments précoces se trouvent à la fois sensibilisés vis-à-vis de la tuberculose maladie, et relativement mieux armés contre elle. Mais si leurs réactions allergiques de défense leur permettent souvent de ralentir l'évolution de leurs lésions anatomiques, elles leur confèrent par contre-coup des perturbations humorales importantes qui retentissent très probablement sur le système nerveux et l'état mental. *Ainsi l'allergie apparaît en quelque sorte une arme à double tranchant : elle est utile au point de vue des lésions locales par les réactions de défense qu'elle entraîne, elle peut devenir dangereuse au point de vue général et surtout nerveux par les* RÉACTIONS TOXIQUES *qu'elle provoque.* Ces faits nous expliquent en partie ce paradoxe des déments précoces qui présentent leurs troubles mentaux au moment où leurs lésions locales semblent guérir (1).

Les résultats des recherches que nous venons d'exposer comportent une première sanction pratique : c'est que dans le traitement de la tuberculose et plus spécialement de la tuber-

(1) Il faut bien se garder d'ailleurs de confondre allergie et immunité. Cf. CALMETTE : *Presse Médicale,* 10 sept. 1932.

culose pulmonaire, il ne faut pas outre mesure développer l'état allergique et les réactions de défense. Si l'immobilisation, la cure alimentaire, sont utiles pour entraver les lésions, ces méthodes thérapeutiques peuvent devenir dangereuses lorsqu'elles sont appliquées sans discernement par suite de l'intoxication générale qu'elles peuvent favoriser, et des troubles nerveux qui peuvent en résulter. Il en est de même de certains médicaments, en particulier de *la choline* (1), dont l'emploi excessif tel qu'il paraît se développer actuellement, peut déterminer comme nous avons eu l'occasion de l'observer des inconvénients du côté du système nerveux.

Il nous reste maintenant à déterminer la cause exacte de cette allergie spéciale des déments précoces. Quel est le rôle respectif du terrain nerveux et humoral, et de l'imprégnation du système nerveux par des produits tuberculeux ? C'est dans ce but que nous avons entrepris depuis un an et demi diverses recherches expérimentales, dont nous avons dans un travail récent (2) exposé les premiers résultats, mais que nous publierons d'une façon détaillée dans une prochaine communication.

M. Paul Abély. — J'ai tenté, chez les déments précoces, des cuti-réactions en partant d'autres toxines, en particulier en me servant de la toxine diphtérique. J'ai également constaté chez ces malades des réactions fortes et prolongées, au point que je me demande si les hébéphréniques ne présentent pas une allergie particulière vis-à-vis des toxines en général. Il semble que l'allergie à la tuberculine ne soit pas spécifique et que ces malades soient dans un état particulier de sensibilisation. Il y aurait intérêt à faire d'autres recherches avec différentes toxines.

M. Guiraud. — Je suis de l'avis de M. Paul Abély quant aux réactions allergiques générales des déments précoces. Il serait intéressant de pratiquer des cuti-réactions avec le sérum de cheval.

M. X. Abély. — J'ai pratiqué, il y a quelques années, des réactions de Besredka chez les malades du même service que dirige aujourd'hui M. H. Baruk. J'ai obtenu une proportion de 60 % de cas positifs.

(1) On sait que la choline et ses dérivés sont particulièrement toxiques pour le système nerveux.

(2) H. Baruk, Bidermann et Albane. — Tuberculose et démence précoce. Recherches biologiques et expérimentales. *Paris Médical*, 27 août 1932.

M. Capgras. — Mon interne, M. Rondepierre, a trouvé chez 30 déments précoces de mon service la réaction de Vernes à la résorcine nettement positive dans 18 % des cas. Il s'agissait de malades n'offrant aucun signe clinique ou radiologique de tuberculose. La réaction à la résorcine n'a de valeur qu'à la condition d'être répétée plusieurs fois à un ou deux mois d'intervalle : dans plusieurs cas, M. Rondepierre a vu ce chiffre revenir spontanément à la normale.

M. Cénac — demande quelques précisions à M. H. Baruk sur les variations de la réaction de Vernes (résorcine) chez les déments précoces, atteints de tuberculose, qu'il a observés.

M. H. Baruk — répond qu'il a étudié la réaction de Vernes au cours de l'évolution, et que celle-ci est parfois positive au cours des poussées évolutives tuberculeuses, et même a précédé dans un cas l'apparition des signes cliniques.

M. René Charpentier — rappelle les intéressantes expériences rapportées par le Professeur D'Hollander (de Louvain), au Congrès de Limoges (juillet 1932) et au Congrès de Gand (septembre 1932). Il annonce que le Professeur D'Hollander, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, viendra prochainement apporter à la Société les résultats de ses recherches expérimentales sur l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

Il propose à la Société de réserver la séance du lundi 28 novembre à la discussion de l'important problème des *rapports de la tuberculose et de la démence précoce.*

La Société décide, à l'unanimité, de réserver la séance du lundi 28 novembre 1932 aux communications et aux discussions sur ce sujet, à la suite de l'exposé du Professeur D'Hollander.

Recherches biologiques dans la démence précoce,
par MM. Xavier et Paul Abély et H. Couléon.

Les recherches biologiques à propos de la démence précoce datent de quelques années seulement. Elles sont encore trop incomplètes, trop dispersées, trop hésitantes, pour pouvoir dire qu'elles ont apporté une grande lumière en cette question. Mais il serait injuste aussi, de les considérer comme franchement insuffisantes, comme incapables de fournir des données utiles, comme inférieures aux recherches anatomo-pathologiques ou psychologiques.

Aussi persistons-nous à penser que l'étude des troubles physiologiques et biologiques de la démence précoce constitue un moyen précieux d'investigation et qu'elle mérite d'être patiemment poursuivie.

Nous nous sommes surtout préoccupés d'apporter dans nos recherches de l'ordre et de la méthode et pour cela nous nous sommes limités à un nombre restreint de malades. Nous avons choisi 12 déments précoces, hébéphréno-catatoniques, cliniquement purs, en bon état physique, 5 hommes et 7 femmes, dont le début de la maladie oscille entre 1 et 4 ans. Nous essayerons d'approfondir l'étude biologique de chacun d'eux, et de tenter d'isoler et de grouper des symptômes communs.

Nous publierons à chaque occasion les étapes de nos recherches, pour rassembler, dans un compte rendu final, la totalité de nos résultats et les conclusions qui peuvent en découler.

Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de vous exposer 3 ordres d'études :

A. A propos des rapports de la tuberculose et de la démence précoce. Le phénomène de Koch.

B. L'application de la méthode interférométrique à l'étude de ce syndrome.

C. Les phénomènes d'oxydation chez les hébéphréniques : le dosage du glutathion du sang.

A. Le phénomène de Koch

Selon la méthode exposée par M. Baruk (*Paris-Médical*, 23 août 1932), nous avons étudié les réactions de Koch dans 12 cas de démence précoce.

Nous avons préalablement tuberculinisé 35 cobayes en injectant, sous la peau de la face interne de la cuisse gauche, une dilution de crachats tuberculeux microscopiquement riches en bacilles de Koch.

De trois à quatre semaines après cette injection, les animaux présentaient des signes nets d'infection tuberculeuse généralisée avec amaigrissement rapide, adénopathies ; 5 cobayes moururent très rapidement et l'autopsie confirma cette infection massive.

Nous avons choisi alors des déments précoces cliniquement certains, en bon état physique, et n'ayant pas présenté d'antécédents bacillaires connus : 5 hommes et 7 femmes.

Nous avons prélevé à chacun de ces malades une certaine quantité de sang et de liquide céphalo-rachidien. A 12 cobayes tuberculinisés, nous avons injecté sous la peau de la face interne de la cuisse droite, un centimètre cube et demi de sang de chaque malade.

Par le même procédé, à 12 autres animaux, nous avons injecté

un centimètre cube et demi de liquide céphalo-rachidien de ces mêmes malades.

Nous avons enfin gardé 6 témoins. (A noter que M. Baruk n'a pas recherché le phénomène de Koch en partant du sang et que, par ailleurs, les quantités de liquide céphalo-rachidien qu'il a injectées étaient beaucoup plus fortes : 7 cm³ 5).

Chez 6 cobayes injectés avec le sang de malades, apparut, de 2 à 6 jours après l'injection, une papule indurée qui s'ulcéra rapidement, s'agrandit et présenta les caractères du chancre tuberculeux (ces animaux furent d'ailleurs montrés à notre ami, M. H. Baruk, qui, d'accord avec nous, considéra le phénomène de Koch comme positif).

Chez les 6 autres cobayes injectés avec le sang, aucune réaction ne se produisit au point d'inoculation.

Les résultats furent totalement négatifs chez les 12 cobayes injectés avec le liquide céphalo-rachidien.

Les 6 témoins nous permirent d'établir d'indispensables comparaisons.

Si nous regroupons ces résultats, nous constatons que, dans la moitié des cas, le sérum de nos déments précoces contenait des toxines tuberculeuses. Il s'agit là d'une proportion importante, d'autant plus remarquable que les sujets choisis étaient dans un bon état physique. A noter également que les 6 cas positifs se répartirent ainsi : 4 hommes sur 5, une femme sur 7.

Toutes nos recherches partant du liquide céphalo-rachidien ont été négatives. Mais nous croyons que ces derniers résultats ne sont pas probants, parce que nous avons injecté une quantité trop faible de liquide céphalo-rachidien. Tous nos cobayes sont morts au bout d'un temps variable, nous les avons quotidiennement observés, mais nous n'avons jamais constaté chez eux les phénomènes épileptiques observés par M. H. Baruk. La recherche de ce phénomène de Koch nous semble présenter une importance toute particulière dans l'étude de l'étiologie tuberculeuse possible de la démence précoce.

B. Application de la technique interférométrique a l'étude endocrinologique de la démence précoce

Pour expliquer clairement cette méthode, nous ne pouvons que citer les termes de l'exposé fait à la Société de Biologie de Paris, en juillet 1932, par M. Ch. Guillaumin (1), seul spécialiste en France avec M. Durupt, de cette technique :

(1) Nous remercions tout particulièrement M. Ch. Guillaumin qui a bien voulu mettre à notre disposition sa précieuse expérience.

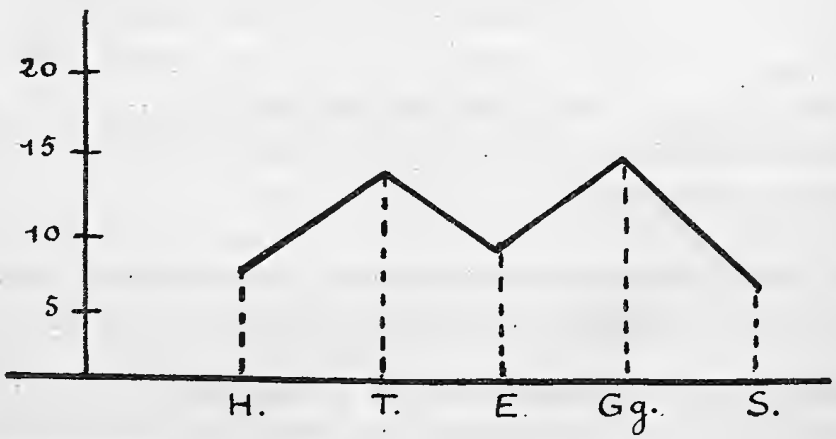
« P. Hirsch a proposé depuis plusieurs années une réaction basée sur l'étude du sérum, dite interférométrique, dans le but du diagnostic des néoplasmes et d'un certain nombre de phénomènes dysendocriniens. Cette réaction, appuyée sur la théorie des ferments de défense d'Abderhalden et un perfectionnement très heureux des techniques de celui-ci, consiste essentiellement à mettre en contact, à 38°, 0,5 cc. du sérum étudié avec 5 mgr. du réactif tissulaire choisi (appelé opzyme par Hirsch) et qui est en réalité un complexe des albumines du tissu ou de la glande à étudier, coagulées par la chaleur, desséchées et débarrassées des produits solubles dans le sérum. Après 16 à 24 heures, on agite et on sépare par centrifugation le réactif inattaqué ; on mesure l'activité fermentaire par l'augmentation de la concentration moléculaire du sérum, comparativement au sérum-témoin, à l'aide de l'interféromètre de Zeiss. »

Cette méthode peut donner d'intéressants résultats en endocrinologie. On a pu étudier chez l'homme normal l'activité moyenne du sérum pour l'opzyme spécifique de chaque glande envisagée. Pour les glandes les plus communément explorées, on a pu indiquer approximativement le pouvoir de destruction des albumines du sérum :

Hypophyse, 5,5 ; thyroïde, 10,2 ; épiphyse, 6,5 ; thymus, 7,5 ; surrénale, 5,2 ; glande génitale, 10,5 ; parathyroïde, 6,5.

On a pu décrire ainsi, selon Durupt, un profit interférométrique endocrinien. Car, ce qui importe le plus d'après les auteurs qui ont approfondi la question, c'est l'ensemble du synchronisme du fonctionnement du système endocrinien, plus que la réaction isolée d'une glande.

Voici, graphiquement, un profil interférométrique endocrinien normal.



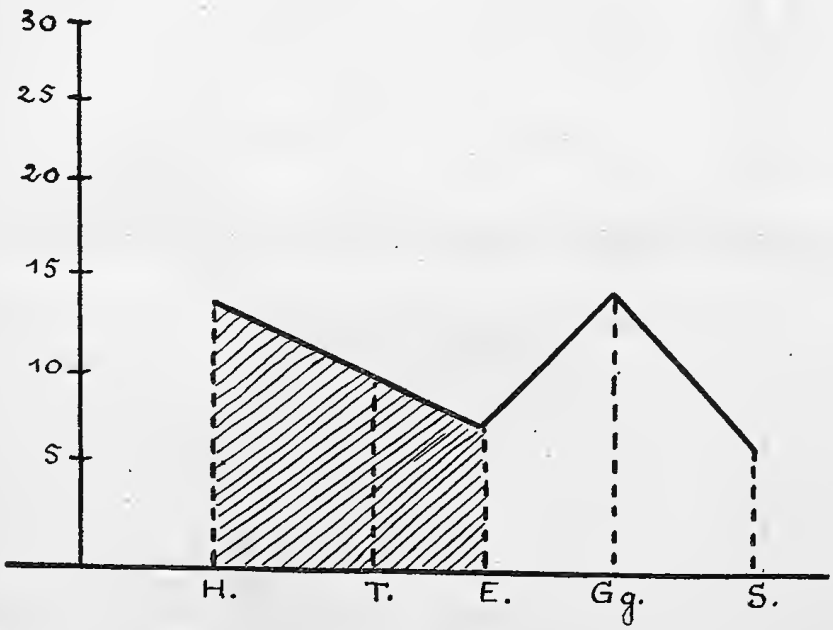
Pouvoir de destruction des albumines

Il nous a paru intéressant d'appliquer cette méthode à la psychiatrie. Nous avions là un procédé idéal d'examen du sys-

tème endocrinien chez les psychopathes, et qui, par ailleurs, nous permettrait de contrôler les résultats obtenus avec la méthode de Zondek. Mais nous nous sommes rapidement heurtés à une grande difficulté d'interprétation. En effet, lorsqu'il s'agit de savoir à quel fonctionnement de la glande étudiée correspond l'importance du pouvoir de destruction des albumines, les auteurs ne s'entendent plus ; pour les uns (Durupt), l'augmentation du pouvoir de destruction correspond à un simple état de dysfonctionnement ; pour d'autres (Guillaumin), à un état d'hypofonctionnement ; pour un troisième groupe (auteurs allemands), à un état d'hyperfonctionnement. Devant cette divergence d'interprétation, nous nous sommes intéressés surtout au profil interférométrique, espérant pouvoir rencontrer des profils identiques dans une même maladie mentale.

Pour les maniaques, nous avons trouvé un profil à peu près semblable, caractérisé par une augmentation du pouvoir de destruction des albumines de la part de l'hypophyse, augmentation plus ou moins marquée, selon les sujets, s'accompagnant, dans un cas seulement, d'une augmentation pour la surrénale.

Voici un profil de maniaque (voir page précédente profil normal).



Pouvoir de destruction des albumines

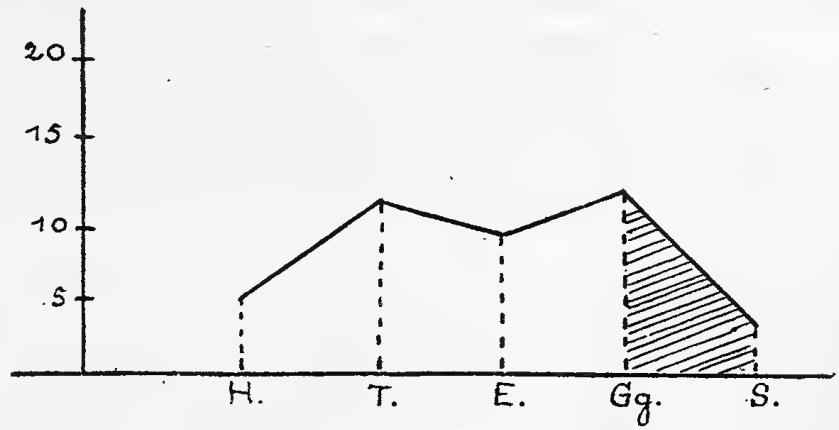
En somme, chez ces maniaques, les parties hachurées du profil (anomalies) sont situées dans la même zone.

Chez les déments précoces, nous n'avons rien trouvé de sem-

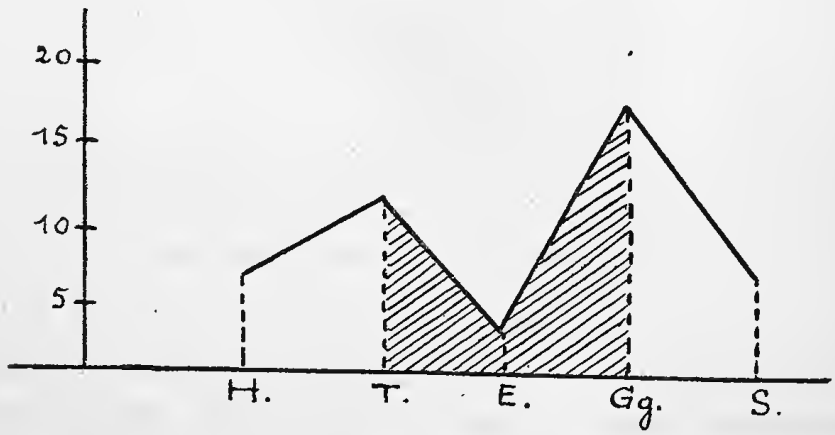
blable. Il semble que chaque malade a son propre fonctionnement endocrinien. On rencontre des hypo et des hyperdestructions se rapportant à toutes les glandes. La seule indication qui nous a paru constante, c'est la forte diminution du pouvoir de destruction de l'épiphyse et accessoirement des parathyroïdes et de la surrénale.

Dans tous les cas, ces profils ne permettent actuellement aucune conclusion. Ce n'est pas de leur examen que l'on peut espérer tirer un diagnostic de démence précoce. Il faut dire, cependant, que nous avons choisi des hébéphréno-catatoniques certains, et pour cela qui évoluaient depuis 2 ans au moins. Il est possible qu'avec des cas récents nous aurions obtenu des résultats tout à fait différents. Il serait également indispensable de renouveler plusieurs fois chez le même malade les recherches interférométriques.

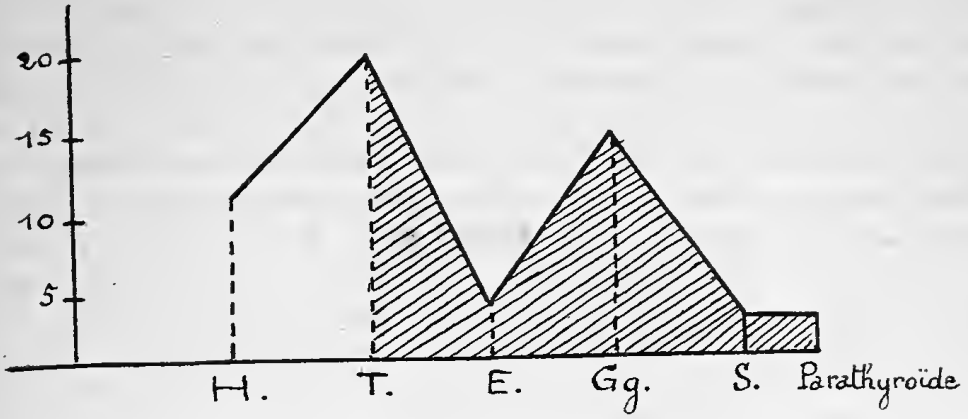
Voici quelques profils interférométriques (les zones hachurées étant anormales).



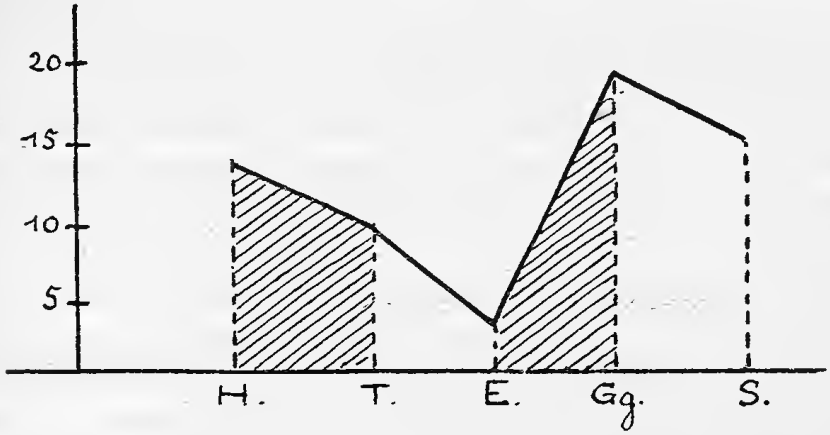
Dément précoce de 30 ans



Dément précoce de 28 ans



Dément précoce de 22 ans



Dément précoce de 30 ans

C. Le glutathion du sang dans la démence précoce

Etant donné le rôle capital joué par le Glutathion dans la respiration cellulaire et dans les phénomènes d'oxydo-réduction, nous avons dosé dans le sang d'un certain nombre de déments précoces le glutathion réduit et le glutathion total, suivant la technique de M. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Guthmann.

Cette recherche nous avait été inspirée par quelques constatations cliniques : apparence d'une diminution des processus d'oxydation et d'un état hypoasphyxique, abaissement du métabolisme basal chez les hébéphréno-catatoniques, phénomènes frustes du type catatonique dans certains états asphyxiques accidentels ou pathologiques, tels l'intoxication par l'oxyde de carbone ou l'anesthésie par le protoxyde d'azote.

Pour le dosage du glutathion réduit, nous avons recueilli directement 5 centimètres cubes de sang dans 25 cc. d'une solution d'acide

trichloracétique à 4 0/0. Après centrifugation et filtration, nous avons fait notre dosage dans 10 cc. de filtrat par une solution titrée d'iode en présence d'empois d'amidon. Un calcul simple nous a donné la quantité de milligrammes de glutathion par litre de sang.

Pour le glutathion total à 10 cc. du filtrat trichloracétique, nous avons ajouté un gramme de grenaille de zinc et 2 cc. d'acide chlorhydrique. Après filtration, au bout d'un quart d'heure, nous avons titré par l'iode en présence d'empois d'amidon. La différence entre le glutathion total et le glutathion réduit nous a donné le taux du glutathion oxydé. Nous avons, d'autre part, établi le rapport du chiffre qui exprime en millions la teneur du sang en glutathion réduit, d'une part, en glutathion oxydé, d'autre part, au nombre d'hématies par millimètre cube.

Les chiffres moyens seraient, suivant M. Achard et ses collaborateurs :

Pour le glutathion total : 628 milligrammes par litre ;
Pour le glutathion réduit : 427 milligrammes par litre ;
Pour le rapport A du glutathion réduit au nombre d'hématies : 9,8 ;
Pour le rapport B du glutathion oxydé au nombre d'hématies : 4,8.

Nos recherches ont porté sur 12 déments précoces : 6 hommes et 6 femmes.

Nous avons relaté dans le tableau suivant les chiffres obtenus :

NOM	GLUTATHION RÉDUIT	GLUTATHION TOTAL	GLUTATHION OXYDÉ	HÉMATIES	A	B
M. E.....	442,94	634,56	191,62	5.040.000	8,7	3,8
M. H.....	432,99	642,94	209,95	4.980.000	8,6	4,2
M. P.....	422,87	616,24	193,37	4.240.000	9,9	3,2
M. S.....	396,34	552,99	156,65	3.880.000	10,2	4
M. F.....	428,73	631,23	202,50	4.340.000	9,8	4,6
Mlle T.....	414,66	652,89	238,23	4.320.000	9,5	5,5
Mlle Ca.....	403,14	566,49	163,35	4.320.000	9,3	3,7
Mlle D.....	439,79	632,90	193,11	4.152.000	10,5	4,6
Mme R.....	359,69	542,80	183,2	4.800.000	7,4	3,8
Mlle L.....	386,39	566,24	179,85	3.320.000	11,3	5,3
Mlle V.....	359,68	549,52	189,84	3.980.000	9	4,8
Mlle G.....	448,74	667,64	218,90	4.175.000	10,7	5,2

Pour 6 malades, le chiffre de glutathion total dépasse légèrement la moyenne. Pour 3 autres, il peut être considéré comme strictement normal. Pour les 3 derniers, il est un peu inférieur, cette diminution est parallèle, d'ailleurs, avec celle du nombre des globules rouges. Les rapports A et B peuvent être considérés comme normaux chez 5 malades. Chez 2 malades, A et B sont augmentés par rapport à la

moyenne, ils sont diminués chez deux autres. Enfin, pour 2 malades, le rapport A est normal, tandis que le rapport B est diminué, ce qui indique un faible taux de glutathion oxydé.

Ces résultats, qui, en somme, s'écartent très peu de la moyenne, ne permettent pas de conclure qu'il existe chez les déments précoces un ralentissement accentué des processus d'oxydation.

Ces conclusions sont d'ailleurs identiques à celles de M. S. Gullota de Catane, qui s'était livré aux mêmes recherches. En revanche, nous n'avons pas rencontré, comme lui, une augmentation habituelle des globules rouges.

M. H. Baruk. — J'ai été très intéressé par la communication de MM. Abély et Couléon, et les remercie d'avoir étudié la méthode que nous avons, récemment, avec MM. Bidermann et Albane, mise en œuvre, dans le but de rechercher les réactions des cobayes allergiques aux injections de liquide céphalo-rachidien des déments précoces. Nous commenterons bientôt tous ces faits, dans la communication que nous devons faire sur ce sujet à l'une des prochaines séances de la Société médico-psychologique.

D'autre part, les faits observés par M. Paul Abély de réactions allergiques non spécifiques avec la toxine diphtérique sont très intéressants, et témoignent d'un comportement humoral spécial chez ces malades. Rappelons, à ce sujet, que Borrel a montré que des cobayes tuberculisés allergiques pouvaient être sensibilisés, non seulement aux produits tuberculiniques, mais encore à d'autres toxi-infections, en particulier aux colibacilles.

Essais de greffes pluriglandulaires et expériences consécutives dans la démence précoce, par MM. Xavier et Paul Abély, Passek et Couléon.

La fréquence des troubles d'insuffisance endocrinienne dans la démence précoce est un fait depuis longtemps admis, sans qu'il soit possible d'en donner une formule précise. Il semble bien que cette déficience intéresse, non pas une glande particulière, mais l'ensemble des glandes endocrines dont on connaît mieux aujourd'hui l'interdépendance. L'opothérapie uni ou pluriglandulaire n'a pas déterminé des modifications appréciables. Les greffes, qui n'ont porté d'ailleurs que sur les glandes génitales, n'ont donné, en général, que des résultats inégaux et souvent contestés. Ces essais ont été faits dans la démence précoce par

Lydston, par Thoreck, par Sippel, par Corrés da Costa, par Mauclaire, par Toulouse, Block et Schiff : ces derniers ont obtenu un intéressant succès. Nous nous sommes demandés s'il n'y aurait pas lieu de poursuivre ces tentatives thérapeutiques en réunissant les éléments les plus favorables, c'est-à-dire en pratiquant le traitement polyglandulaire, mais en le réalisant sous la forme plus active de la greffe. C'était là un programme, difficilement réalisable avec les ressources réduites dont nous disposions. Nous avons donc limité nos recherches à une étude préliminaire sur les possibilités des greffes pluriglandulaires, sur les conditions qu'elles doivent réaliser, sur les espérances qu'elles peuvent donner.

Ayant tenté, au préalable, de découvrir, par les procédés connus de clinique et de laboratoire, la carence des diverses sécrétions internes, nous avons trouvé, chez les malades que nous avions choisis, des signes d'insuffisance d'une ou de plusieurs glandes endocrines. Mais, ne tenant qu'un compte relatif de ces résultats, nous avons systématiquement opéré des greffes multiples comprenant : hypophise, thyroïde, thymus, surrénale, glande génitale et pancréas. Nos essais ont porté sur 3 démentes précoces, greffées à deux reprises. Nous devons ajouter qu'antérieurement, l'un de nous avait mis au point le côté technique de l'opération et pratiqué des greffes analogues sur des malades mentaux, notamment sur 2 déprimés avec des résultats favorables.

Notre technique fut la suivante : les glandes ont été prélevées à l'état de parfaite fraîcheur sur de jeunes brebis, qui étaient tuées dans le laboratoire même, immédiatement avant l'opération. Sous-anesthésie locale, une poche intradermique assez large était pratiquée dans la paroi abdominale de la malade. Dans cette poche, était placée tout ou partie de chaque glande. La poche était ensuite refermée par des sutures profondes. Il n'y eut aucun incident, aucune suite opératoire fâcheuse. La température s'est élevée à 38° le lendemain et est redevenue normale le deuxième jour.

Si nous considérons maintenant les résultats cliniques, nous devons faire deux parts : celle des résultats mentaux et celle des résultats physiques.

Les troubles mentaux de nos malades n'ont subi aucune modification appréciable. Deux de nos démentes ont cependant paru sortir un peu de leur inertie habituelle ; on a pu les alimenter sans difficulté ; les phénomènes d'hypertonie et d'opposition ont subi une régression.

Au point de vue physique, nous avons, par contre, observé une amélioration générale assez nette et quelques modifications particulières. Nous avons noté une augmentation de l'énergie cardiaque, un relèvement de la tension artérielle. Le visage était plus coloré et avait subi une sorte de rajeunissement qui contrastait avec l'aspect antérieur de pâleur, d'atonie, de sénilité précoce que l'on voit souvent chez les déments précoces. L'appétit avait augmenté. La sialhorrhée avait nettement diminué. La quantité des urines avait notablement augmenté. Des taches pigmentaires cutanées s'étaient atténuées, ainsi que de petites éruptions acnéiformes. Ces résultats favorables ne se sont pas maintenus plus de 15 jours à un mois. Nous devons ajouter que nos malades ayant été greffées une deuxième fois, à trois mois d'intervalle, des effets identiques ont été à nouveau obtenus. En somme, les résultats favorables ont été partiels et peu durables, ils ont été à peu près nuls au point de vue mental.

Par ailleurs, nous avons pu suivre l'évolution des greffons : ceux-ci ont rapidement perdu leur vitalité et se sont atrophiés, puis résorbés en trois semaines à un mois. Nos greffes n'ont cependant pas agi, à notre avis, à la façon d'une simple absorption opothérapique unique. La sécrétion endocrinienne des greffons, ainsi qu'il est d'ailleurs classiquement admis, s'est prolongée plusieurs jours en même temps que les phénomènes cliniques observés. L'expérience nous a montré que les résultats obtenus ne relevaient pas d'un déversement massif de produits opothérapiques dans l'organisme, mais d'une action progressive. Nous savions, d'autre part, que des greffes aussi hétérogènes avaient peu de chance de vitalisation prolongée, les résultats obtenus par ces greffes hétéroplastiques ne sauraient préjuger des effets que pourraient donner des greffes homoplastiques dans de meilleures conditions techniques. Aussi bien, nous n'ignorons pas les critiques que l'on peut adresser à nos recherches limitées en nombre et en durée, et entachées de quelque empirisme. Nous ne leur attribuons que la valeur d'expérience indicatrice pour des recherches plus complètes.

Persuadés, d'ailleurs, que l'opothérapie ne représente dans la démence précoce qu'une médication symptomatique, qui n'atteint pas l'origine même du mal, nos recherches étaient guidées par une autre idée directrice et avaient également un autre but. Dans ce sens, nous avons abouti à de plus intéressants résultats, qui nous ont même conduits assez loin de notre objectif primitif. Ayant prévu la résorption des glandes greffées, nous émettions l'hypothèse que cette résorption d'albumines très spéciales

pourrait ajouter ses effets à ceux de l'action proprement endocrinologique. Plusieurs auteurs : Schœne, Loeb, Alderhabden, Carrel, Mauclaire, ont signalé, au cours des greffes, la production d'anticorps, de ferments de défense, de corps anaphylactiques, de protéinoréactions. Nous comptions donc étudier cette nouvelle phase de notre expérience dans sa double action possible biologique et thérapeutique. Cette résorption de tissus glandulaires spécifiques réalisait dans l'organisme de nos malades non seulement le phénomène général d'Aberhalden générateur de ferments organique de défense mais encore une réaction fermentatrice spécialisée, véritable expérience d'interférométrie de Hirsch, faite *in vivo,* les opzymes étant représentés par les greffons eux-mêmes. Nous avions l'intention de rechercher parallèlement, *in vitro,* la formule interférométrique du sérum de nos malades : nous n'avons pu malheureusement faire effectuer cette réaction que trop tardivement et comparer, par conséquent, la formule interférométrique habituelle avec la formule interférométrique au cours de la greffe. Nous croyons cependant avoir étayé l'hypothèse de la présence et de l'activité, chez nos malades greffés, des ferments spéciaux de défense. On sait que ces ferments sont capables de provoquer la dislocation moléculaire de corps albuminoïdes complexes. Nous avons même tenté de rechercher dans le sang un de ces ferments, le ferment trypsique, sur lequel ont eu lieu des travaux récents, et dont on a cru un moment pouvoir faire la base d'un diagnostic et d'un traitement des tumeurs cancéreuses. Nos expériences sont en cours à ce sujet.

Mais, en dehors de toute hypothèse, en dehors de toute recherche biologique complexe, le fait simple, facilement observable que nous ont montré nos expériences est essentiellement l'apparition, après la greffe, ou l'exagération de la toxicité urinaire. Des souris inoculées avec un centimètre cube d'urine des malades greffées ont été tuées en quelques instants. La pratique de la réaction de Zondeck, chez de nombreux déments précoces, nous avait permis de constater que la toxicité habituelle des urines de ces malades est très modérée pour la souris. Nous n'avons trouvé des urines toxiques chez des déments précoces non greffés que dans 2 cas, l'un d'évolution aiguë, l'autre de forme cachectique terminale. Cette hypertoxicité a coïncidé avec la période d'activité de la greffe. Elle a disparu en même temps que les phénomènes d'amélioration constatés. Les urines de ces malades, examinées ces jours derniers encore, ont perdu, dans la suite leur toxicité. Il semble donc que la présence des greffes a déterminé une importante élimination de toxines. Rappelons que nos opérés

n'ont pas présenté d'élévation thermique. On pourra nous objecter cependant que cette brusque exaltation toxique des urines est due à l'élimination des greffons. Sans doute. Mais ce phénomène comme nous venons de l'indiquer n'est pas aussi simple qu'on peut le supposer tout d'abord et détermine un cycle d'action et de réactions complexes qui nous ont spécialement intéressés. Pour nous, cette hypertoxicité peut avoir une double explication : Il semble tout d'abord que l'apport de substances endocrines a déterminé une élimination de toxines. Sans pouvoir préciser ce point qui dépasse de beaucoup nos recherches, on pourrait penser que l'insuffisance d'une ou de plusieurs glandes endocrines favorise la fixation des toxines sur les tissus ou empêche l'élimination suffisante de ces toxines ; on pourrait même se demander si l'allergie n'est pas partiellement sous la dépendance d'une carence endocrinienne. On sait que le système nerveux, en particulier, présente une affinité toute spéciale pour certaines toxines sans qu'il soit possible d'en connaître les causes et que le tissu nerveux forme avec ces toxines des composés particulièrement difficiles à dissocier.

D'autre part, la présence de ces ferments dont nous avons parlé, spécialement aptes à la dislocation des albuminoïdes complexes, a pu désagréger ces toxines et ces tissus et notamment le protoplasma de la cellule nerveuse et les neurotoxines, libérer ainsi ces mêmes toxines, dès lors plus facilement éliminées.

Les deux explications d'ailleurs s'allient et se complètent.

Ayant observé la présence de ces toxines urinaires, nous avons essayé d'en déterminer, d'une façon plus précise, la nature. Tout d'abord, nous avons constaté que le filtrage à la bougie Chamberlain laissait passer ces produits toxiques et que les urines ainsi filtrées provoquaient les mêmes effets. Il semble donc que ces produits nocifs s'apparentent aux virus filtrants et aux toxines microbiennes.

D'autre part, nous avons essayé de rechercher quel était le degré d'affinité de cette toxine pour le système nerveux et le cerveau en particulier. Toutes nos souris avaient présenté des phénomènes épileptiformes. Un cobaye auquel on avait injecté 1 cc. d'urine toxique dans le cerveau a eu des crises épileptiques, mais a survécu.

Nous avons extrait le cerveau des souris mortes après injections sous-cutanée et, placé dans de la glycérine, il a été conservé dans la glacière, puis trituré et émulsionné avec du sérum physiologique. Nous avons injecté dans le cerveau d'un cobaye 1/3 cc. de cette émulsion. Le cobaye est mort quelques heures

après. Prélevant ensuite le cerveau de ce cobaye, nous avons injecté 1/3 cc. d'une émulsion de ce cerveau d'une part dans le cerveau d'un autre cobaye, d'autre part dans le cerveau d'un lapin. Cobaye et lapin sont morts également au bout de quelques heures. Les lapins ainsi inoculés ont présenté le plus souvent des phénomènes nerveux de type épileptique, tétanique, ou paralytique et, dans un cas, des symptômes choréiformes. Une injection intrapéritonéale de cerveau de souris n'a provoqué aucun signe pathologique. Fait intéressant à noter, bien que paradoxal, le liquide céphalo-rachidien d'une de nos malades injecté à la souris n'a donné aucun signe d'intoxication. L'autopsie de tous les animaux inoculés a montré des lésions identiques : hyperhémie très marquée du cerveau et du foie et, détail important à noter, altération toute spéciale de quelques glandes endocrines, notamment thyroïde, ovaire, surrénale. Ayant essayé alors de poursuivre, en partant d'une de nos malades, la série des inoculations, nous avons successivement injecté 2 autres lapins, soit 3 passages successifs sur les lapins, et 5 passages depuis la souris. Tous les lapins sont morts, mais le pouvoir toxique de l'émulsion de cerveau a nettement diminué. La mort du troisième lapin n'est survenue qu'au bout de plusieurs jours. Si nous ne craignions une interprétation trop simpliste de ces résultats, nous dirions volontiers que les passages successifs n'ayant pas augmenté la nocivité de l'extrait cérébral, nous sommes plutôt en présence d'une toxine que d'un virus. De nos expériences, nous nous croyons autorisés à émettre l'hypothèse de l'existence chez les déments précoces d'une neurotoxine microbienne ayant une affinité spéciale pour le cerveau et qui aurait peut-être été libérée de son imprégnation cérébrale par les diverses modifications organiques dues à la présence des greffons. Il est évident que la trop grande brièveté de nos expériences n'a pu amener qu'une élimination très relative de toxines ; il y avait là cependant, croyons-nous, une très intéressante indication à signaler en vue de recherches biologiques et thérapeutiques plus complètes.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire des séances,
Paul ABÉLY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

Gand, 24-25 septembre 1932.

Présidence : MM. MARCHAL et OLIVIERS, présidents

La *séance inaugurale* fut présidée par M. WEYLER, Gouverneur de la Flandre orientale, qui souhaita la bienvenue aux Congressistes. Le Dr OLIVIERS, président de la Société de Médecine mentale, et le Doyen EUZIÈRE (de Montpellier), prirent également la parole, ce dernier au nom des délégués étrangers (France, Algérie, Portugal, Hollande, Angleterre, Suisse, Luxembourg).

PREMIER RAPPORT

Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance, par MM. J. DAGNELIE ; R. DUBOIS ; P. FONTEYNE ; R.-A. LEY ; M. MEUNIER et L. VAN BOGAERT.

Le Dr P. FONTEYNE expose la partie clinique du rapport ; le Dr R.-A. LEY la partie anatomo-pathologique ; le Dr J. DAGNELIE relate certaines observations anatomo-cliniques inédites des rapporteurs.

Après un rappel des syndromes observés en général au cours des encéphalites de l'enfant, les auteurs examinent quatre groupes :

1) Encéphalites survenant au cours des maladies éruptives de l'enfant, à caractère septicémique (vaccine, rougeole, varicelle, rubéole, variole, et en annexe : scarlatine et encéphalite disséminée aiguë).

2) Encéphalites survenant au cours de broncho-pneumonie, pneumonie, exsicose, etc.

3) Coqueluche.

4) Oreillons.

Ils étudient ensuite l'anatomie pathologique des cas appartenant à ces diverses catégories, et rendent compte de leurs observations anatomo-cliniques personnelles : rougeole (4 cas), varicelle (1 cas), scarlatine (1 cas), coqueluche (8 cas).

Un chapitre spécial est consacré aux recherches expérimentales de P. Fonteyne et J. Dagnelie sur l'action de l'endotoxine coquelucheuse sur les centres nerveux.

La discussion des mécanismes pathogéniques possibles de ces affections amène les auteurs à rejeter l'hypothèse d'un virus unique. La cause des manifestations étudiées devrait être recherchée : *a*) dans un envahissement des centres nerveux par le germe infectieux ; *b*) dans une action toxique sur les centres nerveux ; c) dans des manifestations allergiques. C'est la maladie causale elle-même qui détermine l'encéphalite. Les cas d'apparence primitive peuvent être dus à une fièvre éruptive dans laquelle l'exanthème ne s'est pas produit. D'autres cas, sans doute les plus nombreux, sont peut-être sous la dépendance d'un virus spécifique, qui pourrait être, pour certains auteurs, celui de la sclérose en plaques.

Discussion

Le Professeur Euzière (de Montpellier), souligne l'importance dc la question et les problèmes d'ordre général qu'elle soulève.

Le Professeur K.-H. Bouman (d'Amsterdam) donne quelques précisions sur les recherches faites à ce sujet en Hollande, et pose la question du rôle que peuvent jouer les modifications de la barrière méningée dans les phénomènes observés.

Le Professeur Van Gehuchten (de Louvain), n'est pas d'accord avec la classification de l'encéphalite disséminée aiguë en annexe. C'est un groupe important qui paraît être ainsi relégué et qui ne peut être rattaché aux encéphalites para-infectieuses.

Le Dr de Block (de Liége) demande s'il existe des statistiques sur la fréquence des encéphalites après les revaccinations.

Le Dr Crouzon (de Paris) souligne l'importance de l'étude de l'avenir éloigné des petits malades en question au point de vue de la genèse des psychoses et d'autres affections du système nerveux.

Le Professeur d'Hollander (de Louvain) est du même avis et cite à ce sujet les cas d'encéphalopathie de la rougeole publiés récemment par Ferrero (New-York).

Le Dr G. Vermeylen (de Bruxelles) montre que les maladies éruptives, la rougeole surtout, peuvent être suivies de troubles graves du caractère et pense que le problème actuel réédite celui qui s'est posé au début de l'étude de l'encéphalite épidémique.

Le Professeur Raviart (de Lille) rappelle un cas de folie morale à la suite de vaccination tardive, qu'il a rapporté au Congrès dc Blois (1928).

Le Dr René Charpentier (de Paris) rappelle les études qui feront l'objet d'un rapport de Marchand sur les encéphalites psychosiques, au Congrès de Rabat (avril 1933). Il ajoute que l'évolution à distance dc ces processus doit être étudiée au point de vue de l'étiologie de certains cas dc démence précoce.

DEUXIÈME RAPPORT

Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux, par M. Ch. Massaut (de Liége).

Le rapporteur examine successivement les modifications du métabolisme des albumines, de l'équilibre acide-base du sang, du métabolisme basal, de la cholestérinémie, du métabolisme des hydrates de carbone, des électrolytes du sang, des sécrétions internes et du système nerveux végétatif.

De son étude très complète, il conclut que le métabolisme azoté ne présente, dans les cas de dépression et d'anxiété, pas de troubles caractéristiques.

Il existe parfois de l'acidose, parfois de l'alcalose ; chez un grand nombre de mélancoliques, le métabolisme de base est diminué, tandis qu'il est plutôt augmenté dans l'anxiété. L'hypercholestérinémie est la règle dans la mélancolie, peut-être à cause de troubles endocriniens, d'un état vagotonique ou de l'intoxication.

L'hyperglycémie et la glycosurie ont souvent été notées chez les mélancoliques et spécialement chez les anxieux. Il existe chez ces malades des modifications légères du taux du calcium et du potassium sanguins ; le taux du magnésium, par contre, est normal. Les altérations endocriniennes sont fréquentes. Dans certains cas, il y a parallélisme entre les troubles mentaux et les troubles glandulaires.

Il existe chez ces malades un déséquilibre neuro-végétatif important, tantôt vago- et tantôt sympathico-tonique. Les troubles organiques endocriniens et neuro-végétatifs paraissent solidaires. L'auteur cite enfin les récents travaux de Zondek sur le métabolisme du brôme et d'Abély sur la réaction de Zondek chez les cyclothymiques.

Discussion

Le Dr Desruelles (de Besançon) rappelle ses études sur les insuffisances endocriniennes dans les états anxieux, les modifications de la tension artérielle et les effets de l'auto-hémo-thérapie.

Le Dr J. Hamel (de Nancy) insiste sur les recherches qui ont démontré une augmentation du *p*H sanguin chez les mélancoliques, et sur les difficultés de la recherche du métabolisme basal chez les malades difficiles. Il indique une méthode qui peut la remplacer.

Le Dr Boven (de Lausanne) montre l'importance d'un diagnostic clinique précis et la nécessité de faire des recherches approfondies chez un même malade au cours des cycles qu'il présente.

Le Professeur Euzière (de Montpellier) montre toute la difficulté de la question et les nombreuses causes d'erreur dues à la complexité et à la diversité des syndromes étudiés, ainsi qu'aux variations physico-chimiques du sang consécutives à l'émotion.

Le Professeur Aug. Ley (de Bruxelles) attire l'attention sur la différence profonde entre l'anxiété simple et l'anxiété avec hallucinations. Il indique que des recherches comparatives devraient être faites dans ces cas concernant le métabolisme du calcium.

Le Professeur Porot (d'Alger) indique qu'il faut faire la distinction entre

les diabétiques qui font de la dépression et les mélancoliques qui présentent des troubles du métabolisme des hydrates de carbone. L'hyperglycémie est plutôt en rapport avec l'anxiété qu'avec la mélancolie.

Le Dr Crouzon (de Paris) estime qu'il faut préparer les recherches par une distinction clinique étroite entre les divers états mélancoliques.

Le Dr Van Hirtum (de Namur) pense qu'une étude approfondie du liquide céphalo-rachidien doit être menée parallèlement aux autres recherches.

COMMUNICATIONS

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon, par MM. D'Hollander et Rouvroy (de Louvain).

Les auteurs rappellent leurs précédentes communications sur le même sujet, et présentent les projections de nouvelles préparations microscopiques.

Présentation de malades, par M. Dewulf (de Gand).

a) Myopathie progressive primitive ; *b*) syndrome opto-strié régressif ; *c*) syndrome adiposo-génital suite de poliomyélite ; *d*) maladie de Bourneville.

Encéphalopathies familiales infantiles, par M. de Vos (de Gand).

L'auteur présente plusieurs cas d'hémiplégie cérébrale infantile, de paraplégie spasmodique et de rigidité pallidale progressive présentant des caractères familiaux et héréditaires démontrés par l'étude des arbres généalogiques.

La répartition psychiatrique des délinquants anormaux internés en vertu de la loi belge de défense sociale, par M. L. Vervaeck (de Bruxelles).

Les établissements de défense sociale ont reçu, au cours des 18 premiers mois de l'application de la loi, 451 inculpés reconnus anormaux. L'auteur montre comment ils se répartissent et insiste sur le fait que 77 0/0 des cas concernaient des psychopathes constitutionnels. Un tiers environ de ces malades a pu être libéré à l'essai avant la fin du terme fixé.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, par M. de Stella (de Gand)

Exposé d'un cas et discussion de sa pathogénie.

Proportion des syphilis nerveuses dans la pratique courante, par M. Dauwe (de Gand).

Statistique portant sur 19.730 personnes, 45 0/0 des cas de syphilis latente présentent des phénomènes nerveux. Les localisations nerveuses tendent à augmenter de fréquence. Considérations pathogéniques et thérapeutiques.

Neurasthénie et inflammation disséminée du système nerveux, par A. LEROY (de Liége).

Considérations sur des symptômes disparates analogues à ceux de la « neurasthénie » et dont l'apparition présenterait un caractère épidémique. L'auteur croit à une inflammation disséminée du système nerveux.

Un cas d'hémorragie pédonculaire avec paralysie des mouvements conjugués des yeux, par M. P. VAN GEHUCHTEN (de Louvain).

Exposé détaillé du cas et discussion approfondie de l'explication des symptômes.

Syndrome amyostatique (projection d'un film) par M. LARUELLE (de Bruxelles).

Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui présentait des troubles amyostatiques graves avec mouvements spasmodiques et sialorrhée. Malgré toutes les apparences d'une maladie organique incurable, les troubles ont rétrocédé complètement à la suite d'un traitement héliothérapique.

L'auteur pose la question du diagnostic de psychose hystérique.

Les rapports de la psychose hallucinatoire et de la syphilis du cerveau, par M. S. HAMEL (de Nancy).

Certaines psychoses hallucinatoires peuvent apparaître comme forme abortive de la paralysie générale. Les mêmes états peuvent se rencontrer chez les paralytiques généraux malarisés. Ceci permet de concevoir mieux les rapports de certaines psychoses avec les atteintes organiques du névraxe.

Epilepsie par tumeur kystique résultant d'une porencéphalie acquise. Mort subite au cours d'une crise par rupture du kyste et inondation méningée, par MM. FOLLY et COFFINEY (d'Auxerre).

Observation d'un cas d'épilepsie tardive survenue à l'âge de 15 ans chez un sujet normal. A l'autopsie, vaste kyste temporal rompu dans la cavité arachnoïdienne et offrant les caractères d'un kyste hématique.

Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, par MM. G. VERMEYLEN et J. HEERNU (de Bruxelles).

Les auteurs ont constaté après la malarisation une diminution rapide de la lymphocytose et de l'albuminose. Il n'y a pas de parallélisme entre les modifications du liquide et l'état mental. Les cas de psychoses paranoïdes qui peuvent se développer au moment où le liquide devient normal, n'ont probablement pas de rapport avec l'infection malarique.

Perversité et perversion émotives, par M. Achille DELMAS (de Paris).

Les pervers n'ont pas en eux une sorte de « démon du mal ». Le frein « bonté » leur manque pour éviter d'obéir à d'autres éléments de leur personnalité. La perversité est une constitution par défaut, non une constitution active. Les perversions qui se développent sur le terrain de l'hyper-

émotivité peuvent être des obsessions-impulsions qui surviennent après une effraction émotive que l'on a comparée aux réflexes conditionnels.

Observation d'un cas de pyromanie.

Troubles de l'activité volontaire, par M. HAMELINCK (de Gand).

Analyse du cas d'un jeune malade obsédé par certains actes et montrant une grande lenteur dans l'activité volontaire.

Cas cliniques, par M. DE BUSSCHER (de Gand).

Relation de 2 cas de poliomyélite guéris par injection intra-rachidienne de sérum de singe, et d'un cas de tétanos guéri à la suite de l'administration par diverses voies de 1.120.000 unités antitoxiques.

Deux cas médico-légaux d'encéphalite léthargique, par M. HOVEN (de Mons).

L'auteur insiste sur le rôle de l'état confusionnel dans le déterminisme des réactions criminelles chez ses deux malades.

Le niveau intellectuel des délinquants, par M. DE GREEF (de Louvain).

Etude des facultés d'acquisition et d'élaboration de 600 détenus, et classification d'après la nature du délit.

Etude psychologique de l'inspiration poétique, considérée comme la persistance d'un état imaginatif infantile, par M. FOLLY (d'Auxerre).

La pensée des poètes, comme celle des enfants, est surtout symbolique.

L'auteur montre, par des exemples pris dans la littérature française contemporaine, que l'inspiration poétique se manifeste surtout dans la jeunesse ; il montre sa ressemblance avec les états imaginatifs infantiles dont elle serait la continuation.

Le prochain Congrès aura lieu en 1934, à Louvain.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

MÉDECINE LÉGALE

Psychiatrie médico-légale, par Henri CLAUDE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine (1 volume in-8°, 300 pages, Gaston Doin et Cie édit., Paris 1932).

Ce nouveau livre, dans lequel le professeur Henri Claude a résumé avec clarté la substance de son enseignement de médecine légale psychiatrique rendra le plus grand service aux étudiants et aux médecins. Le bruit fait par quelques expertises retentissantes et des controverses publiques regrettables ne saurait donner au médecin non spécialisé la sérénité qui convient pour apprécier l'importance sociale du rôle quotidien du psychiatre et particulièrement de l'expert psychiatre. Au civil comme au criminel, de graves questions se posent chaque jour, qui exigent pour les résoudre la mise en œuvre d'une expérience clinique avertie de ces difficiles problèmes, alliée à une conscience professionnelle intransigeante et à la pondération d'un jugement sûr.

Après avoir, dans une première partie, exposé les notions succinctes indispensables concernant l'exercice des droits civils, les conditions de l'interdiction et de sa mainlevée, du conseil judiciaire, les questions de médecine légale psychiatrique civile soulevées par le mariage, le divorce et l'acte de tester, le professeur Henri Claude étudie, dans la seconde partie de ce précis, la responsabilité pénale en général ainsi que la valeur du témoignage en justice, la criminalité et la délinquance dans leurs rapports avec la dégénérescence, et la simulation des troubles mentaux par les inculpés.

Dans une troisième partie consacrée à diverses formes de délits ou de crimes, sont passés en revue les vols dans les grands magasins, les fugues des enfants et des adultes, les crimes passionnels et les crimes ou délits en rapport avec les perversions sexuelles (obsessions génitales, sadisme et masochisme, fétichisme, nécrophilie, bestialité, inversion sexuelle, homosexualité).

La quatrième partie termine cet exposé par l'étude des réactions médico-légales des psychopathes : déséquilibrés, fous moraux, pervers, obsédés,

hystériques, épileptiques, persécutés, érotomanes, maniaques, mélancoliques, déments, alcooliques et toxicomanes, etc.

Comme le fait observer l'auteur, un tel précis ne peut assurément donner des directives s'appliquant à chaque cas particulier. A côté de principes généraux dont l'observation s'impose, des situations se présentent dont la solution ne peut être trouvée que dans l'étude attentive des faits et du sujet. Et c'est dans ces cas qu'interviendra, quelles que soient sa compétence et sa conscience, la valeur du jugement de l'expert. Comme l'a dit saint François de Sales, « de voir ou connaître une chose, ce n'est pas juger; car le jugement présuppose quelque petite ou grande, vraie ou apparente difficulté qu'il faille vider ».

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Neurobiologie de l'hallucination (Essai sur une variété particulière de désintégration de la fonction), par Raoul MOURGUE. — Lettre-Préface de M. Henri BERGSON. Bruxelles, Maurice LAMERTIN, 1932, II-416 pp.

Le nouvel ouvrage de M. Raoul Mourgue est le développement de la communication qu'il fit récemment à la Société Médico-Psychologique et dont on a lu le compte-rendu dans notre numéro d'octobre 1931, pp. 301 à 309, sous ce titre : *Le Problème biologique de l'Hallucination ;* ou plutôt, cette communication en était le résumé et le prologue. Plein de faits nouveaux ou peu connus, riche d'aperçus originaux, suivis d'une bibliographie qui comprend près de onze cents numéros, le livre de M. Mourgue nécessiterait une longue analyse et soulève bien des discussions. On ne pourra qu'en résumer les thèses essentielles et tâcher d'en dégager l'esprit.

Mourgue prend position contre la psychopathologie classique qui, comme il l'a montré dans sa thèse (Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies, *Thèse de Paris,* 1919) explique l'hallucination par l'intensification de l'image ; même au niveau du témoignage verbal, cette théorie lui paraît inacceptable. Convaincu du caractère provisoire des solutions possibles dans l'état actuel de la science, son but est de présenter au lecteur une suite d'approximations sur ce qui lui paraît le problème central parmi ceux que soulève l'hallucination vraie, le problème de l'objectivation ou de la projection spatiale.

On a essayé de l'expliquer de deux manières, soit par la théorie de l'intensification de l'image, soit par la théorie de la désagrégation de la personnalité. Ni l'expérimentation ni la clinique ne permettent d'admettre la première interprétation : par exemple, il n'y a corrélation, ni entre l'intensité des images et les hallucinations, ni entre le type imaginatif et la nature des hallucinations. La clinique est, au contraire, en faveur de l'hypothèse d'un état particulier de dépersonnalisation ; mais celui-ci ne rend compte que de l'objectivité par rapport au moi.

C'est un complexe d'attitudes motrices qui rend compte de l'objectivité par rapport au corps ; et Mourgue le retrouve non seulement dans les hallucinations psycho-motrices, mais dans toutes les hallucinations sensorielles ; dans l'hallucination, ce complexe s'ordonne par rapport à un groupe d'images dissociées des autres phénomènes psychiques, au lieu d'avoir pour point de départ une excitation sensorielle d'origine externe comme dans la

perception. On reconnaît là une extension de l'analyse bergsonienne de la perception (Matière et Mémoire).

Le point de départ, dans le processus hallucinatoire, est évidemment interne. Dans une seconde partie, dépassant les schémas abstraits de la psychologie classique, Mourgue trouve ce point de départ dans « la base physique de l'esprit », c'est-à-dire dans le système organo-végétatif. Rien de plus démonstratif que les études de Head, publiées dans « Brain » en 1894 et 1901, sur les hallucinations chez les sujets atteints d'affections viscérales, pulmonaires et cardiaques, sans idées délirantes. Ces cas s'éclairent à la lumière des notions nouvelles sur la représentation cérébrale, aux différents niveaux, du système organo-végétatif et des recherches des frères Jaensch sur les « Eidetiker » : parmi ces sujets, certains présentent des signes de tétanie dans laquelle Falta et Kahn ont mis en évidence, dès 1911, la participation du système organo-végétatif.

Il intervient également dans le mécanisme moteur d'adaptation sensorielle. Sherrington, Winkler ont montré le rôle, fondamental à ce point de vue, de l'appareil labyrintho-cérébelleux, que les cas d'Arnold Pick et de Stenvers mettent en évidence dans la production de l'hallucination vraie. Par ailleurs, l'innervation autonome du labyrinthe paraît bien établie par les travaux de Winkler, Spitzer et Spiegel. Or, le labyrinthe est un des régulateurs du tonus musculaire. Les variations du tonus sont le mode d'expression le plus primitif de la vie instinctive, à laquelle cette nouvelle approximation vient encore rattacher l'hallucination.

L'auteur termine la seconde partie de son livre en rapprochant la dépersonnalisation des phénomènes d'isolement, au sens de Munk, c'est-à-dire de phénomènes de libération fonctionnelle ; l'isolement lui-même serait à rattacher aux processus d'inhibition interne des réflexes conditionnels et du sommeil tels que les décrit Pavlow (*Leçons sur l'Activité du Cortex cérébral*).

Dans la troisième partie de son livre, l'auteur envisage l'hallucination, non plus au point de vue clinique et physiologique, mais au point de vue biologique, entendant par là l'étude de l'ensemble des processus ayant pour fonction d'assurer les intérêts de l'être vivant : point de vue par conséquent dynamique, finaliste et non plus mécaniste. Dans cette perspective, l'hallucination est l'expression de l'invasion « de la sphère de la causalité et de l'orientation par le monde de l'instinct ». Elle se rattache ainsi aux troubles secrétoires, tels que l'auteur les a définis et étudiés avec Von Monakow (Introduction biologique à l'Etude de la Neurologie et de la Psychopathologie), troubles secrétoires qui paraissent dépendre de l'insuffisance de la barrière ectomésodermique, des plexus choroïdes en particulier. La dépersonnalisation est l'expression d'une rupture d'équilibre entre la sphère instinctive et la sphère de l'orientation et de la causalité. Telle est donc la signification biologique de l'hallucination dont la valeur biologique n'est pas uniforme, mais varie suivant le niveau d'intégration de l'instinct intéressé : « l'hallucination de la fonction langage » où l'ecphorie est successive, est d'un niveau plus élevé que l'hallucination visuelle, où elle est simultanée.

Dans l'hallucination visuelle, la couleur souvent présente est, comme le phénomène moteur de la projection spatiale, un élément commun à l'hallucination et à la perception. Les anciennes expériences de Parinaud sur l'hallucination hypnotique, corroborées par une auto-observation d'Arnold

Pick et des observations personnelles de l'auteur, justifient cette assimilation. L'observation de Pick, celles des hystériques de Feré, conduisent en outre à admettre que « tout se passe comme si l'ensemble de l'appareil visuel était doublé d'un système organo-végétatif (branche ophtalmique de la V^e^ paire comme voie réceptrice, outre l'appareil organo-végétatif de l'oculo-moteur). Ce système peut être activé à différents niveaux, et l'auteur souligne à nouveau le rôle des processus d'isolement et de répercussivité (au sens d'A. Thomas).

L'importance des conditions organo-végétatives ne doit pas faire méconnaître la phase corticale, phase capitale du processus hallucinatoire : c'est le problème de l'engramme. Critiquant la conception classique de l'image, Mourgue insiste notamment sur la complexité de l'engramme et le rôle de la proprioceptivité musculaire inhérente aux attitudes motrices, élément capital de l'ecphorie hallucinatoire représenté à divers niveaux. Il expose des expériences de Gothlin qui démontreraient l'existence d'un « champ visuel interne ».

L'engramme, résultante dynamique d'une série de processus auxquels participe l'ensemble du cortex, est donc extrêmement complexe ; dans la réalité il s'agit d'un nombre pratiquement infini d'engrammes, dont l'ensemble constitue « un monde non moins insondable que le monde céleste ». Ce monde est gouverné par l'instinct. Mais le rapport des deux sphères n'est pas le même dans la perception et dans l'hallucination. Dans la première, le rôle de l'instinct est celui d'un facteur de sélection ; dans la seconde, en l'absence d'excitations réceptrices, l'instinct crée avec le matériel des engrammes, en envahissant la sphère de l'orientation, un symbole de ses propres tendances : l'hallucination « est exclusivement l'œuvre de l'instinct qui utilise à son profit l'appareil de projection spatiale qui sert normalement à l'orientation dans le monde réel ».

La signification biologiqque de l'hallucination reste dans l'ombre ; l'auteur considère les hallucinations comme des symboles dont la genèse reste à interpréter, mais il n'entreprend pas lui-même cette interprétation. Il souscrit cependant au Freudisme, mais à un Freudisme revu et diminué, amputé de l'Inconscient par G. Politzer (*Critique des Fondements de la Psychologie,* T. I) dont Mourgue reprend et applique à l'hallucination une des meilleures formules : l'hallucination est un acte, un segment dramatique de la vie de l'individu.

On conçoit tout l'intérêt de ce point de vue, comme hypothèse de travail ; il ne semble pas que la vérification en soit aisée, et l'auteur ne l'a pas entreprise. Ce qui crée un certain décalage entre la troisième partie et les deux premières où l'hallucination est envisagée d'un point de vue mécaniste.

L'ouvrage de R. Mourgue paraît de toute première importance. La vaste érudition de l'auteur introduit dans la littérature française des faits nouveaux ou peu connus. Mais surtout, l'entreprise de Mourgue est un effort tout à fait sérieux pour envisager les hallucinations dans les perspectives qu'ouvre la neurologie moderne : nourri de la critique bergsonienne dont la pensée neurologique est encore aujourd'hui une géniale anticipation — de celle de Hughlings Jackson, auquel il emprunte notamment l'idée des niveaux d'intégration, des idées de Sherrington, de Von Monakow, de Head — dominé au total par l'idée du temps et la notion de l'organisme considéré comme un tout, M. Mourgue trace une vaste ébauche dont toutes les parties sans doute n'ont pas la même solidité. On ne saurait reprocher

à l'auteur des imperfections dont lui-même a conscience, ni lui refuser des critiques que lui-même sollicite.

Remercions-le sincèrement d'engager les recherches et la discussion dans des voies aussi nouvelles.

Daniel LAGACHE.

NEUROLOGIE

Maladies du système nerveux, par Henri CLAUDE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine (2 vol. in-8°, 1578 pages, 277 figures, *Précis de Pathologie interne*, in *Bibliothèque Carnot et Rathery*, J.-B. Baillière et fils, édit., 2e *édition*, Paris, 1932).

Cette seconde édition, revue et augmentée, aura le même succès que la première et s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux étudiants. A côté des notions classiques, on trouvera, exposées avec précision et clarté, les idées personnelles du professeur Henri Claude.

Bien des chapitres ont été remaniés et les notions d'acquisition récente, en neuro-chirurgie par exemple, ont pris place dans ce traité ainsi que les méthodes nouvelles d'exploration ayant pour but la localisation des tumeurs cérébrales et médullaires.

Il faudrait signaler également, parmi tant d'autres, les chapitres consacrés à la névraxite épidémique, aux encéphalites, aux infections à porte d'entrée mal déterminée, aux troubles du tonus muscularis, à la pathologie endocrino-sympathique, etc.

L'étude des relations entre les états psychonévropathiques sans substratum anatomique apparent et les troubles fonctionnels d'origine lésionnelle intéressera tout particulièrement les psychiatres.

Sous le titre trop modeste de précis, on trouvera ici, assurément condensées et sous une forme didactique, mais avec tous les développements utiles, la somme des connaissances nécessaires à l'étude de la pathologie du système nerveux. Aussi ces deux volumes ont-ils leur place marquée dans toute bibliothèque médicale.

René CHARPENTIER.

La Doulou, par Alphonse DAUDET. *Avant-propos* d'*André Ebner*. (1 volume in-12, 224 pages avec 4 hors-texte, Fasquelle, édit., Paris 1931).

« O ma douleur, sois tout pour moi. Les pays dont tu me prives, que mes « yeux les trouvent dans toi. Sois ma philosophie, sois ma science (1). »

Emouvante analyse où la plainte douloureuse du plus expressif et du plus charmant de nos littérateurs s'exhale en des pages intimes qui sont le plus poignant des documents.

Leçon d'énergie aussi. Pendant qu'il notait ainsi — et pour lui seul — les multiples aspects de sa souffrance et la marche lente mais progressive d'une diminution dont il avait, sur d'autres, suivi d'un œil averti les phases successives, Alphonse Daudet faisait l'effort de les masquer aux siens, tentant de leur épargner l'inquiétude, l'effort aussi d'un travail rarement interrompu. De 1884, — il avait 43 ans lors des premiers symptômes, — à sa mort qui survint en 1897, il produisit *Tartarin sur les Alpes, Port-Tarascon, Trente ans de Paris, L'Immortel, La Petite Paroisse, Rose et Ninette,*

(1) Page 56.

Soutien de Famille, le Trésor d'Arlatan, des nouvelles, six pièces de théâtre, etc. Quel exemple !

Pendant ces tristes années, en un douloureux calvaire, de Champrosay aux établissements où l'hydrothérapie, la suspension, alors de mode, le soulageaient ou le martyrisaient, aux stations thermales où chaque année ses yeux pouvaient voir sur les autres les progrès de la maladie, il parcourait ces « pays de la douleur », sur lesquels il donne ici tant de notations justes et de détails pittoresques, cherchant non l'impossible guérison mais l'apaisement de « cette douleur qui tient l'horizon, emplit tout » et le ralentissement d'une évolution que sa clairvoyance savait fatale.

Remercions ceux qui nous communiquent cette observation médicale de qualité rare sans avoir respecté ce désir dicté à l'auteur par sa bonté : « Pauvres humains ! il ne faut pas tout leur dire, leur donner mon expé« rience, ma fin de vie douloureuse et savante (1). »

René Charpentier.

HYGIÈNE MENTALE

Compte-Rendus du 1er Congrès international d'Hygiène Mentale, tenu à Washington du 5 au 10 Mai 1930. Edité par Frankwood E. Williams. Advance Printing, 49 pages ; 2, volumes, 803 et 840 pages. Publié par *The International Comittee for Mental Hygiene,* New-York, 1932.

Dans la brochure préliminaire, à la suite de l'avant-propos de *Clifford W. Beers,* les organisateurs font l'historique du Congrès et publient la liste des membres, des délégués, le règlement, les buts, les statuts.

Les discours, adresses, conférences préliminaires ou liés aux cérémonies du Congrès figurent au début du premier volume. Il est impossible de résumer ici, même brièvement, toutes les communications intéressantes des délégués des divers pays. Certaines ont montré toute l'importance des problèmes de l'hygiène mentale par l'apport de statistiques établissant la croissante diffusion des états psychopathiques, par l'étude des moyens de prophylaxie, d'éducation du public et du personnel spécialisé (Haven Emerson, Adolf Mayer, A. P. Stokes, C. W. Beers, B. Glueck, B. C. Reynolds). M. Toulouse communique un document très complet sur le développement et l'organisation de l'hôpital Henri-Rousselle. Des études plus spéciales sont abordées, telles que les rapports de l'hygiène mentale avec la syphilis (Genil-Perrin), l'alcool (K. Herman Bouman), l'eugénique (R. Rüdin), la délinquance juvénile (A. Aichhorn), la criminologie (F. Alexander) ; telles que son importance dans le problème du travail collectif : industrie (V. V. Anderson), vie économique (Grace Marcus) ou dans celui de la vie familiale (H. Hart) et de l'éducation (James R. Angell).

Le second volume renferme les rapports des 3 derniers jours. Les points de vue psychologiques font l'objet de recherches cliniques et statistiques : adaptation et orientation sociales (L. S. Hollingworth), éducation émotionnelle (M. E. Kenworthy, Otto Rank). Toute la question scolaire est envisagée : hygiène mentale de l'écolier (Arthur H. Ruggles), des études supérieures (G. C. Ferrari), développement de la personnalité de l'adolescent (S. M. Gruenberg), écoles cliniques (George S. Stevenson, H. E. Chamberlain, A. G. Christiaens), éducation des maîtres (W. Ryan) et des parents (L. G.

(1) Page 60.

Lowrey), l'âge pré-scolaire (H. T. Wooley, D. Thom). Enfin les inadaptés (A. Bronner), les criminels (H. S. Bates) sont étudiés et les problèmes de réadaptation des antisociaux sont longuement traités. Citons encore une étude sur l'enfant atteint de névrose (M. Chadwick) et des essais d'utilisation des données psychanalytiques (A. A. Brill).

Un grand nombre de rapports sont suivis d'importantes discussions. Sur tous les sujets que nous venons de citer, on peut ainsi recueillir les opinions autorisées des maîtres de la psycho-pathologie mondiale, à propos des questions sur lesquelles ils ont fait plus spécialement porter leur effort au cours de ces dernières années. Le matériel de travail des congressistes était, comme on le voit, considérable, et la tâche des secrétaires et des éditeurs a été énorme. Il faut admirer sans réserves l'effort des uns et des autres pour nous fournir des compte-rendus complets. Cette documentation nous sera d'autant plus précieuse que de nombreux rapports agitent des questions, dont les nombreux points, laissés en suspens, seront repris au deuxième Congrès International d'hygiène mentale et que ce Congrès se tiendra à Paris en 1935.

P. Carrette.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Note sur un cas d'hystérie, par le prof. G. Marinesco et Mme Marie-J. Nicolesco, (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* janvier 1932).

Etude d'un cas d' « hystérie typique », à la lumière des méthodes biologiques (étude des réflexes conditionnels, réactions végétatives). Cette analyse permet d'aller plus loin que ne le permet la simple observation clinique, même après les travaux de Babinski et le rôle de la suggestibilité dans le mécanisme psychologique des phénomènes hystériques. Elle permet d'atteindre le mécanisme fonctionnel dans ses liaisons neurologiques et permet de rapprocher les phénomènes hystériques des perturbations de la fonction des centres extra-pyramidaux. Mais les phénomènes hystériques sont réversibles, tandis que les troubles relevant de lésions extra-pyramidales ne disparaissent que d'une façon passagère. Enfin, « l'hystérie apparaît comme un mode de réaction dû à des dispositions spéciales qui permettent au sujet hystérisable de fixer plus facilement que d'autres les divers réflexes conditionnels d'ordre pathologique ». Sengès.

Hystérie et réflexes conditionnels, par MM. Marinesco. O. Sager et A. Kreindler. (*Revue Neurologique,* Tome I, n° 6, juin 1931).

Les auteurs ont eu maintes fois l'occasion de vérifier la disparition de crises ayant un fonds certainement organique par la suggestion provoquée par une piqûre d'eau distillée (crises oculogyres, parkinsoniennes par exemple). L'eau distillée ne peut pas agir autrement que par la suggestion. Les auteurs pensent donc que certaines affections organiques, surtout celles

qui intéressent les ganglions de la base du cerveau, prédisposent à la suggestibilité. Il y a là réflexe conditionnel : l'injection quotidienne d'une substance à action pharmacodynamique précise, comme l'hyoscine constitue un réflexe absolu. Le même effet suit chaque piqûre. Si on supprime l'excitant absolu, le médicament, en conservant l'excitant conditionnel, la piqûre, on obtient le même effet, la disparition de la crise.

Les auteurs ont réussi à établir un réflexe conditionnel de diurèse chez l'homme (excitant absolu : absorption d'eau, excitant conditionnel : mélodie), ainsi que d'autres réflexes conditionnels intéressant des fonctions végétatives. Tous ces réflexes ne peuvent être obtenus que chez des hystériques ; aucun résultat chez l'homme normal. Ces résultats sont en relation avec l'absence d'inhibition corticale des hystériques : l'excitation d'un point de l'écorce n'est pas suivie de son inhibition. Il est facile de comprendre que cette fixation aisée des réflexes conditionnels (et la parole est un excitateur conditionnel pour l'homme), doit entraîner des perturbations importantes dans la vie psychique de l'individu.

Les crises oculogyres des parkinsoniens peuvent être interprétées comme le résultat d'une inhibition partielle de l'écorce qui déclancherait un mécanisme physiologique ayant un siège anatomique inférieur.

J. Tusques.

Remarques sur la neurasthénie, par Mme V. Dosuzkova. *Revue neurologique tchèque,* 1931, no 5-7.

Analyse de 100 cas de neurasthénie observés à la clinique neurologique de Prague. Maladie plus fréquente chez l'homme que chez la femme, elle se développe surtout de 21 à 30 ans. Dans la séméiologie de la maladie, l'auteur mentionne les troubles subjectifs divers, constituant le syndrome neurasthénique, et insiste sur une quantité des symptômes objectifs dans le territoire d'innervation cérébro-spinale et surtout dans la sphère végétative. La vagotonie a été trouvée dans 42,7 0/0 des cas, la sympathicotonie dans 29,5 0/0, l'amphotonie dans 16 0/0, l'atonie végétative dans 6,6 0/0 des cas. Dans 5,2 0/0 des cas, on a noté une instabilité de la formule végétative.

L'auteur distingue deux sortes de neurasthénie : une qui commence à l'âge adulte et qui est d'évolution rapide ou intermittente, et l'autre qui se développe à l'âge de la puberté et qui est d'évolution chronique ou rémittente.

Šebek.

Sur deux cas de neurasthénie, par J. Frus. *Revue neurologique tchèque,* 1931, no 5-7.

L'auteur décrit deux cas intéressants de neurasthénie, d'origine émotionnelle, traités, à défaut de services libres, dans un asile d'aliénés sans résultat favorable. A cette occasion, l'auteur insiste sur la nécessité de la création des services publics libres pour les maladies nerveuses.

Šebek.

De l'apparition d'infiltrations chez les neurasthéniques et de leur importance symptomatique et thérapeutique, par A. Hofman-Bang. *Acta Psychiatrica et Neurologica,* Copenhague, fasc. I et II, 1932.

Ces cellulites, que l'on constate chez certains déprimés à l'examen de la nuque, des épaules, de l'abdomen, sont douloureuses et augmentent l'inquié-

tude et l'irritabilité des malades. Elles peuvent s'associer à des manifestations myopathiques frustes. Leur recherche est d'un grand intérêt pour le médecin qui se trouve ainsi en présence de symptômes physiques directement attaquables par le massage, l'électricité. Ces manifestations trophiques rendent en partie compte de l'asthénie et des dysesthésies des patients. Elles méritent d'être étudiées plus complètement qu'on ne l'a fait, car elles peuvent mettre sur la voie d'une pathogénie et d'une thérapeutique rationnelles.

P. CARRETTE.

Manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aigue, par MM. CHAVANY, DAVID et GILBERT-DREYFUS. (*Revue neurologique,* t. 1, n° 3, mars 1931, 6 fig.).

Les auteurs rapportent deux observations anatomo-cliniques de syndrome pallidal ou akinéto-hypertonique après intoxication par l'oxyde de carbone. Les troubles mentaux sont dus à de fines lésions cellulaires de la corticalité et surtout aux multiples petites lésions myélinopathiques de la substance blanche sous-corticale. La localisation prédominante de nécrose pallidale reste d'essence encore mystérieuse ; il ne doit pas s'agir d'une cause anatomique liée à la topographie des artères de la région. Les lésions vasculaires antérieures favorisent la nécrose.

J. TUSQUES.

Sur l'étiologie tuberculeuse possible de certaines affections du système nerveux, par P. MEIGNANT. *Encéphale,* juillet-août 1931, n° 7, page 544.

Ernst Löwenstein soupçonne la bacillémie tuberculeuse d'intervenir dans la réalisation de maladies nerveuses, telles que la chorée aiguë, la névrite rétro-bulbaire, la sclérose en plaques et, en outre, la schizophrénie.

Les méthodes employées pour dépister cette bacillémie sont l'hémoculture et l'inoculation au cobaye.

Pour ne parler que de la schizophrénie, Löwenstein a noté 7 hémocultures positives sur 24 cas de cette affection. Ces constatations sont à rapprocher de celles qui ont été faites par notre Maître D. Anglade (voir notamment : « Congrès International de la tuberculose », Paris, 1905, et un mémoire ayant pour titre : « De quoi meurent les déments précoces »).

Roger ANGLADE.

Les encéphalites de la vaccine et des maladies éruptives généralisées, par M. KAPLAN et M. BOLGERT. *Sciences et Thérapeutique,* 1er février 1932.

Les faits ne sont pas nouveaux, mais ils ont été l'objet, depuis une dizaine d'années, de travaux plus nombreux. L'encéphalite post-vaccinale, bien qu'assez rare en France, est la mieux connue. On la trouve plus fréquemment dans les pays à vaccination non obligatoire. C'est un accident de primo-vaccination tardive, car elle est inconnue dans les premiers mois. Le tableau de l'encéphalite avec ses manifestations nerveuses localisées variant à l'infini se retrouve au cours de fièvres éruptives, proches parentes de la vaccine : la variole et la varicelle. On a décrit également une forme post-morbilleuse, une post-rubéolique avec des modalités cliniques insuffisamment nettes pour asseoir le diagnostic sans la notion de l'affection primaire.

Les auteurs, ayant esquissé une revue générale, se trouvent en face du problème pathogénique : s'agit-il d'une localisation nerveuse du virus qui donne la fièvre éruptive ? — S'agit-il au contraire de l'action d'un nouvel agent, neurotrope, réactivé par l'infection primitive ? — N'y aurait-il pas enfin une double inoculation septique, par exemple l'introduction d'un virus par la même porte que celle de la vaccine ? — Certains, impressionnés par des ressemblances cliniques, ont supposé que le virus était celui de l'encéphalite épidémique. C'est aller un peu vite, si l'on songe à la vague uniformité des résultats des examens anatomiques qui nous sont invariablement fournis dans les cas mortels et aux problèmes étiologiques qui, aussi bien pour la question des encéphalites des fièvres éruptives que pour celle de l'encéphalite épidémique, n'ont pas reçu le moindre commencement d'éclaircissement.

P. Carrette.

Réflexions sur trois cas d'encéphalomyélite post-morbilleuse, par Ludo van Bogaert, Borremans et Couvreur, *La Presse Médicale*, 27 janvier 1932.

La participation du système nerveux dans l'infection morbilleuse est un fait d'observation courante, on signale généralement les troubles du caractère, la somnolence, des réactions méningées. De véritables encéphalites précoces et fugaces précèdent parfois l'exanthème. Les auteurs se demandent, à propos de leurs trois observations de type très différent, s'il est logique de séparer de la rougeole d'autres manifestations tardives, contemporaines de la période d'immunisation.

L'encéphalite précoce peut être considérée comme un phénomène complémentaire de l'éruption, une localisation nerveuse avant la localisation cutanée, l'une contre-balançant l'autre. Plus tard, quand l'organisme produit ses anticorps, les conditions favorables à l'anaphylaxie sont réalisées. La crise peut survenir si la lutte se prolonge, d'où rechute cutanée, et, si la fonction cutanée est en défaut, réactions pexiques du système nerveux. Si une lésion cérébrale antérieure a augmenté la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, des récidives cérébrales successives sont à redouter.

L'analyse histopathologique confirme cette conception. Elle montre, dans l'encéphalite de la rougeole, les mêmes lésions exsudatives et prolifératives périvasculaires au niveau des centres nerveux et dans les régions profondes de la peau pendant l'exanthème.

P. Carrette.

Aperçu clinique sur les séquelles nerveuses et psychiques de la dengue, par M. Ghiannoulatos. (*Revue neurologique,* mai 1931, t. 1, n° 5).

L'auteur rapporte les observations des principales séquelles nerveuses et psychiques qui furent observées à la suite de la pandémie d'Athènes, en 1928. La dengue cause une véritable asthénie psychique avec modifications de l'humeur et de l'activité. Ces troubles psychiques, ainsi que les troubles de la sensibilité (prurit, paresthésies diverses, troubles des organes des sens) et les troubles de la motilité (paralysies partielles ou généralisées), constituant par leur persistance de véritables séquelles de la maladie, démontrent par leur fréquence l'atteinte élective du système nerveux central et périphérique. La strychnine paraît avoir une heureuse influence sur les troubles psychiques et moteurs.

J. Tusques.

Fièvre ondulante avec étude spéciale des symptômes nerveux, par G. Neve. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. 1 et 11, 1932.

La mélitococcie, au cours des nombreux aspects de sa présentation clinique, peut s'accompagner de troubles nerveux variés. Dans les 9 observations résumées par G. Neve, le syndrome neurologique a pris une importance prépondérante au point de constituer parfois l'essentiel du tableau clinique. Le diagnostic positif a été fixé par les épreuves de laboratoire. Il existe, dans quelques cas, outre les réactions habituelles, des signes d'altération du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur signale tout particulièrement la céphalée, les vertiges, la rachialgie, les parésies, les troubles de la démarche, de la parole, les illusions visuelles, la confusion mentale. P. Carrette.

Encéphalite non suppurée, non épidémique, consécutive au travail et dans la puerpéralité, par Joseph C. Yaskin. *Archives of Neurology and Psychiatry*, août 1931.

Le champ des encéphalites toxi-infectieuses s'étend chaque jour. Il est encore impossible d'en donner une classification. Les formes cliniques liées aux affections obstricales méritent l'attention du psychiatre. L'état toxique latent est réactivé par la grossesse, le travail et peut-être par l'utilisation plus fréquente de l'anesthésie générale. L'observation citée montre un cas à terminaison favorable. L'œdème du cerveau commande la prudence dans la ponction lombaire et le traitement par l'administration, en injections intraveineuses, de solutions hypertoniques, par exemple le dextrose à 50 0/0.
P. Carrette.

Contribution à l'étude de l'œdème cérébral (Kasuistischer Beitrag zur Frage der Hirnschwellung), par Suzanne Zingg. *Thèse de Zurich*, 1928. Z. Neur. 116. p. 71. 1928.

Contribution clinique intéressante à propos d'une conception qui paraît peu connue dans la littérature psychiatrique. Une jeune fille de 17 ans présente d'abord des symptômes aphasiques et ensuite des syndromes très variables, catatoniques, confusionnels, hébéphréniques, épileptoïdes, etc., qui font penser à l'encéphalite ou à une tumeur cérébrale ; enfin apparaissent des crises épileptiformes du type de Jackson ; décès par embolie pulmonaire. A l'autopsie, on ne constate qu'une forte tuméfaction cérébrale, du type de la tuméfaction endogène cérébrale de Reichardt, sans altération histologique marquée. Les manifestations schizoïdes et épileptoïdes sont expliquées par des conditions héréditaires.
H. Steck.

Les symptômes nerveux fonctionnels dans l'encéphalite épidémique chronique, par H. 1. Schou. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, fasc. I et 11, 1932.

Les signes neuropsychiatriques de l'encéphalite épidémique ont jeté une lumière nouvelle sur le problème des états névropathiques et sur l'hystérie. Les troubles respiratoires, les paralysies transitoires, les contractures au cours de syndromes imputés au pithiatisme ont évolué vers des états orga-

niques dont l'authenticité a pu être établie par des preuves biologiques ou anatomiques. Maints signes dits fonctionnels apparaissent de plus en plus comme des troubles à caractère spécial de certains désordres physiques.

P. CARRETTE.

La température du corps dans l'encéphalite chronique, par Reginald R. STEEN. *The Psychiatric Quarterly*, octobre 1931.

Wimmer et d'autres auteurs ont insisté sur les troubles thermiques observés au cours de l'encéphalite épidémique, même chez les parkinsoniens. La fièvre par intermittences prouverait que la maladie continue à évoluer par poussées. R. Steen montre que l'hyperthermie observée n'est pas liée à l'encéphalite. Elle n'est constatée qu'à l'occasion de crises émotives que l'on peut facilement éviter en plaçant les malades dans des conditions de calme et de repos suffisants.

P. CARRETTE.

Encéphalite épidémique chronique à crises respiratoires et tétaniques, par Mogens FOG. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. I et II, 1932.

Trois nouvelles observations montrent les crises de tétanie liées aux accès d'hyperpnée. L'origine de ces troubles doit être cherchée dans les modifications hémo-chimiques de l'hyperoxygénation. Comme ils n'existent pas chez les individus normaux, on doit admettre la nécessité d'un facteur prédisposant. C'est la nature de ce facteur qu'il s'agit de déterminer. Aucune précision n'a été tirée de l'étude des troubles endocriniens. L'auteur attribue les phénomènes tétaniques à la localisation du processus encéphalitique dans les ganglions de la base du cerveau et plus particulièrement au niveau des centres végétatifs régulateurs du tonus qu'ils contiennent.

P. CARRETTE.

Spasmes des superogyres chez une parkinsonienne post-encéphalitique cessant immédiatement dans la position couchée, par Jean SEDAN. *Provence médicale*, 15 octobre 1931.

Dans ce cas curieux, les crises oculogyres alternent avec des crises motrices des membres inférieurs. Pendant la durée du spasme des droits supérieurs de l'œil, les mouvements de la marche sont beaucoup plus faciles et permettent à la malade de se réfugier rapidement dans son lit où la crise cesse.

P. CARRETTE.

Hypoesthésie affective, perversité, syndrome épileptique et mythomanie chez une post-encéphalitique, par HUERGO et SPERONI. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires, juillet-août 1931, 18e année, nº 106).

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans, ayant présenté une encéphalite léthargique à l'âge de 9 ans et chez laquelle on peut actuellement déceler des manifestations variées d'un syndrome psychopathique : amoralité, syndrome épileptique et tendance à l'altération de la vérité avec fabulation. L'intérêt de ce cas est dans l'association de ces troubles, ceux-ci apparaissant le plus souvent isolément.

LAUZIER.

Les troubles affectifs et émotifs, impulsions et « akairie » dans un syndrome parkinsonien post-encéphalitique, par CAMAUER et MOLINARI. *Revista argentina de neurologia, psiquiatria y medicina legal,* janvier-février 1931, 5e année, nº 25.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade âgé de 19 ans, qui présente un syndrome extrapyramidal du type parkinsonien post-encéphalitique évoluant depuis six ans. En outre, on peut noter un déséquilibre neuro-végétatif intense à prédominance parasympathique, ainsi qu'un syndrome psychique, comprenant des perturbations morales et instinctives, des troubles du caractère, des obsessions et des impulsions irrésistibles contrastant avec un psychisme supérieur bien conservé. Les auteurs ont également constaté chez ce malade le symptôme psychique de l' « akairie » signalé dans les états postencéphalitiques par Astvatsatouroff (*Revue Neurologique,* février 1928). Cette observation vient confirmer les investigations expérimentales et cliniques de Roussy, Camus et Lhermitte, Hascovec, etc..., sur la valeur des noyaux gris centraux considérés comme siège de la psycho-affectivité. LAUZIER.

De l'hémiplégie, surtout passagère, s'observant parfois dans l'encéphalite épidémique et notamment dans sa forme larvée, par Axel V. NEEL. *Acta Psychiatrica et Neurologica,* Copenhague, fasc. I et II, 1932.

Un grand nombre de faits se rapportant à l'encéphalite épidémique fruste prêtent à la critique. Le diagnostic repose sur des signes douteux ou insuffisants et l'interprétation des localisations lésionnelles devient aléatoire. On a pu ainsi douter de l'origine de l'hémiplégie, comme de celle du hoquet ou des myoclonies. Au sujet de cas d'une étiologie plus sûre, l'auteur rapproche les faits d'hémiplégie de ceux de la sclérose en plaques et conclut à la possibilité de localisations infectieuses entraînant un processus artério-scléreux. P. CARRETTE.

Malformations osseuses et syndrome strié, par Carlo ENDERLE (de Rome). *Archivio Generale di Neurologia, psichiatria et psicoanalisi,* 31 juillet 1931.

L'auteur décrit un cas clinique de malformations osseuses particulières : à une ectromélie longitudinale s'associe une anisomastie, un spasme de torsion et une réduction numérique des vertèbres cervicales. Ces malformations sont imputables à des lésions des centres mésencéphaliques, lésions dues à une cause morbide qui a dû agir aux environs du deuxième mois de la vie intra-utérine au moment de la période d'organisation des métamères de la colonne cervicale. Cette observation clinique confirme l'opinion de différents auteurs sur l'existence de centres mésencéphaliques proposés au trophisme mammaire et au développement radial des membres supérieurs. P. ABÉLY.

Traumatisme et maladie de Parkinson, par BIANCHI GIUSEPPE (de Novare). *Rivista sperimentale de Frenetria,* septembre 1931.

L'auteur signale le cas d'un malade hospitalisé dans son service, qui a présenté un syndrome de Parkinson, à la suite d'un traumatisme survenu au niveau de la région cranienne et de la région sacrée. Il pense, à propos de cette observation, que dans le cas de lésions craniennes, le trauma peut

déterminer des lésions cérébrales à siège mal défini, mais capables de produire le syndrome parkinsonien. P. ABÉLY.

Evolution foudroyante de l'encéphalite épidémique, par William S. MIDDLETON. *Archives of Neurology and Psychiatry*, septembre 1931.

Cette observation apporte une contribution intéressante à l'étiologie et à la pathogénie de l'encéphalite. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, présentant des cicatrices buccales d'interventions pour bec-de-lièvre et une fissure palatine. Ces tissus cicatriciels et enflammés, et surtout les amygdales, sont brusquement le siège d'une infection aiguë qui va s'aggravant. Le quatrième jour, les troubles neurologiques de l'encéphalite épidémique apparaissent et la mort survient 36 heures après, au cours de phénomènes convulsifs. Les constatations anatomiques confirment le diagnostic.

P. CARRETTE.

Le Problème du rapport de la constitution avec les formes cliniques des syphilis nerveuses, par Marino BENVENUTI (de Pise). *Rivista sperimentale di Freniatria*, Décembre 1931.

Aucune étude n'avait encore été faite à ce sujet. Il semble, d'après l'auteur, que les facteurs qui conditionnent la localisation spéciale du virus syphilitique sur telle partie nerveuse, se rapportent aux anomalies constitutionnelles des organes atteints (moelle, cerveau, etc...). M. Benvenuti fait remarquer que le tabès se rencontre surtout dans les constitutions microsplanchniques, longilignes, alors que la paralysie générale se trouve surtout dans les constitutions macrosplanchniques, brevilignes ou pikniques.

C'est également la constitution de base qui imprime à cette même paralysie générale des types cliniques particuliers : type démentiel, type expansif, type cyclothymique, type schizoïde.

En particulier, il semble que cette influence de la constitution soit particulièrement prévalente dans les psychoses post-malariques de la méningo-encéphalite. Paul ABÉLY.

Sur la question des types constitutionnels dans le tabès dorsalis, par A. STIEF, Professeur agrégé à la clinique neurologique de Szeged (Hongrie) (avec une planche hors-texte). *Hygiène Mentale*, nº 6, Juin 1931, 142 pages.

L'auteur constate que la constitution des tabétiques n'offre aucun caractère spécial, que, par contre, les malades atteints de taboparalysie et les paralytiques généraux appartiennent souvent au type pycnique, que le tabès amaurotique se rencontre dans la plupart des cas chez des sujets de constitution pycnique. Roger ANGLADE.

Le Mongolisme (Etude clinique et fonctionnelle), par R. TURPIN. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 décembre 1931

La physionomie si spéciale des sujets atteints de dystrophie pseudo-mongolienne avec arriération mentale n'est qu'un point particulier d'un état d'infériorité organique dans lequel tous les systèmes sont plus ou moins touchés. Turpin se propose d'en donner une revue complète et décrit suc-

cessivement les altérations du système osseux, l'hypotonie musculaire et la laxité ligamenteuse, les anomalies de la dentition, la langue plicaturée, l'insuffisance respiratoire, les cardiopathies congénitales, le retard psychique, l'indifférence affective, le déficit moteur, sensoriel et intellectuel.

Des chercheurs supposant au mongolisme une étiologie endocrinienne ont insisté sur l'insuffisance génitale, sur les troubles de la croissance d'origine hypophysaire ou thymique, sur le déséquilibre thermique, l'anémie, les chiffres anormaux de la calcémie et de la phosphatémie ; mais le polymorphisme des manifestations cliniques et la variabilité des résultats des examens biologiques ne fournissent pas un seul signe, ni même un groupe constant de données pathologiques qui permettent d'établir une formule endocrinienne caractéristique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du mongolisme par C. DELFINI (de Reggio-Emilia.) *Revista spérimentale di Frenatria*, mars 1932.

L'auteur, après avoir passé en revue les principales théories se rapportant à cette question, décrit un cas typique d'idiotie mongoloïde complété par les résultats anatomo-pathologiques et histologiques. Il a remarqué surtout à l'examen macroscopique une agénésie remarquable du manteau cérébral correspondant histologiquement à un arrêt du développement, à un stade ancestral. Dans le ventricule latéral gauche existait un kyste gros comme une noix intriqué dans les plexus choroïdes.

L'auteur rencontra également une altération profonde de tout l'appareil endocrinien dont les caractères tendaient à démontrer que ce phénomène avait dû certainement se réaliser à la période fœtale.

M. Delfini croit que la pathogénie de ce cas est vraisemblablement liée à un syndrome pluriglandulaire et spécialement à une agénésie de la substance médullaire de la capsule surrénale, à l'incomplète différenciation évolutive du parenchyme de la thyroïde, glande qui a une importance fondamentale dans les processus différentiatifs et trophiques de l'organisme.

Paul ABÉLY.

THÉRAPEUTIQUE

L'orthopsychie du Dr M. Mignard, par Mlle LACASSAGNE. *La Prophylaxie mentale*, Nov.-Déc. 1931.

Relation détaillée d'une observation où l'emploi des méthodes psychothérapiques, précisées par le regretté Dr Mignard, amena une amélioration notable. Cette méthode est une partie de ce que concevait le Dr Mignard sous le terme « d'orthopsychie », dont la valeur pédagogique et préventive contre certains troubles mentaux lui apparaissait comme très importante.

A. COURTOIS.

Réflexions psychiatriques. Le médecin praticien en face de la psychopathie, par André LE GRAND. *Journal de Médecine de Lille*, nº 2, janvier 1932.

Les quelques conseils que Le Grand donne aux médecins non spécialisés, placés en face du malade atteint de troubles mentaux ne sont pas inutiles au psychiatre. Il n'est pas mauvais de rappeler de temps à autre ces prin-

cipes élémentaires de l'examen du psychopathe et de l'aliéné. C'est par l'interrogatoire, le jugement de l'opportunité d'une mise en scène suggérée par la famille d'un sujet inconscient, réticent ou hostile, la délivrance de certificats sur demande individuelle, que le psychiatre prouve quotidiennement sa maîtrise ou les lacunes de son éducation professionnelle.

P. CARRETTE.

Le malade, son entourage et le médecin, par P. RUBÉNOVITCH. *La Prophylaxie Mentale,* Mars-Avril, 1932.

Indication des difficultés rencontrées par le psychiatre dans la pratique journalière et qui pour beaucoup sont dues à l'incompréhension de l'entourage et à ses interventions intempestives. A. C.

L'hypnotisme dans les cliniques psychiatriques, par H. HART. *The Journal of Nervoue and Mental Disease,* novembre 1931.

Cette méthode de traitement est tombée en désuétude par les excès même de son emploi. Cependant elle peut rendre de réels services. L'hypnose doit être tentée dans de nombreuses psychonévroses, par les suggestions répétées, dans une pièce obscure et silencieuse, parfois avec l'aide de médicaments calmants comme le bromure ou le véronal. L'auteur a traité des sujets atteints de bégaiement, de tics, de torticolis avec des fortunes diverses, non pas suivant les troubles, mais suivant les sujets.

P. CARRETTE.

Etudes expérimentales sur l'hypnotisme, (Experimentalle Studien über Hypnotismus) par J. BILLSTRÖM. *Acta sociétatis medicorum Suecanæ.* 1931, fasc. 57.

L'auteur expose les résultats obtenus chez plusieurs sujets qu'il a soumis à l'hypnose, notamment en ce qui concerne le somnambulisme, l'analgésie, l'action des « passes ». Pour ce qui est de ces dernières, un élément érotique intervient probablement, et pour expliquer leur mécanisme physiologique et psychologique, il faut chercher des analogies avec les mouvements de caresses. E. BAUER.

Le traitement de l'alcoolisme par la persuasion à l'état d'hypnose. (Uber hypnotische Persuasions behandlung bei Alkoholikern, par K. KALLENBERG. *Zentralblatt für Psychopathologie, Heft 10,* 1931.

L'auteur préconise le traitement, par l'hypnose, des alcooliques. Ceux-ci sont très faciles à mettre en état de somnambulisme. Les résultats de cette méthode seraient nettement supérieurs à ceux de l'isolement prolongé ainsi qu'à ceux de la persuasion à l'état de veille. E. BAUER.

Influence des applications hydrothérapiques sur l'équilibre neuro-végétatif, par A. DEBIDOUR et R. DUBOIS. *Annales de la Société d'Hydrologie,* n° 4, année 1931-1932.

Les modifications du système neuro-végétatif sont fondées, dans le travail de Debidour et Dubois, sur 4 repères physiologiques : réflexes oculo-cardiaque et solaire, pouls et tension artérielle. Les perturbations dépen-

dent essentiellement de la température et de la durée. L'équilibre du tonus paraît se rétablir favorablement par la douche écossaise, tandis qu'il a tendance à se rompre par la douche progressivement refroidie. En thérapeutique courante, on a pu noter les résultats satisfaisants de l'eau froide dans le goitre exophtalmique, de l'eau chaude comme toni-cardiaque dans la myocardite, de la douche chaude épigastrique dans le syndrome solaire.

Une technique rigoureuse, appliquée aux diverses méthodes de balnéation, serait d'un précieux secours dans la plupart des tentatives de cures de nos stations thermales. P. CARRETTE.

L'association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens dans le traitement de diverses psychopathies, par René BIOT. *Le Progrès Médical*, 20 février 1932.

Les malades traités sont des déprimés, des anxieux, des asthéniques qui présentent des troubles endocriniens décelés par un décalage de l'hémolyse en présence de certains tests glandulaires. L'extrait endocrinien déficient est alors injecté dans les muscles, mêlé au sang retiré de la veine. Les résultats thérapeutiques paraissent très encourageants.

P. CARRETTE.

Lactothérapie des états d'agitation, par Ramon B. SILVA et Hector M. PIÑERO. *La Médecina Argentina*, février 1932.

La méthode a été appliquée à 90 cas d'agitation de formes diverses : manie puerpérale, anxiété, confusion hallucinatoire, folie intermittente. La technique est simple : une injection quotidienne de lait stérilisé à dose pouvant s'élever progressivement à 120 cm³. Aucune réaction locale n'est signalée ; il y a parfois une légère élévation thermique. Une amélioration sensible a été constatée dans nombre de cas après quelques semaines de traitement associé aux médications habituelles déplétives et antitoxiques.

P. CARRETTE.

La phényléthylmalonyturée, médicament de choix des états mélancoliques, par le Dr A. LEROY (*Journal de neurologie et de Psychiatrie*, février 1932).

L'auteur, après une expérience de 8 ans, conclut que ce médicament est réellement efficace et qu'il est le meilleur que nous possédions pour le traitement des différentes formes de mélancolie. Huit observations à l'appui. Doses : 0,20 au minimum le soir. Il a atteint 0,40 dans certains cas et ajouté éventuellement *le matin* des doses de 0,10 à 0,20 sous surveillance attentive. SENGÈS.

La thérapeutique fébrile dans la démence précoce, par Gino MUTINS (Ascoli-Piceno en Fermo). *Rassegna di Studi Psychiatrici*, janvier 1931.

L'auteur a apporté une contribution personnelle à la pyrétothérapie par le soufre de la démence précoce, puisqu'il a traité 25 cas en obtenant 3 rémissions et 3 améliorations. Il a rassemblé les conclusions de la plupart des auteurs qui ont tenté la thérapeutique fébrile dans la démence précoce. De cet important regroupement, il ressort que 1.795 malades environ ont été traités avec 10 0/0 de rémissions, 30 0/0 d'améliorations et 60 0/0 de résultats totalement négatifs. Paul ABÉLY.

Les traitements expérimentaux de la schizophrénie, par G. de M. Rudolf. *The Journal of Mental Science*, octobre 1931.

La thérapeutique de M. Rudolf est expérimentale parce qu'à propos des essais il recherche les modifications de l'équilibre acido-basique qui accompagnent l'amélioration de l'état morbide. Il possède ainsi un moyen biologique d'appréciation de l'action de salicylate, de la malaria, du calcium, aussi bien que du retentissement physiologique des traitements par le travail, la lecture, les procédés psychanalytiques. P. Carrette.

Le traitement de la schizophrénie aiguë en cure libre, par O. Magenau. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXIX (1932), p. 318 à 324.

Dans cet article plein d'optimisme, l'auteur expose les divers moyens qu'il a utilisés pour traiter les schizophrènes aigus sans recourir à l'internement. Il aurait obtenu d'excellents résultats par la pyrétothérapie par le Pyrifer-Rosenberg. Il a utilisé également des médicaments érythrodermogènes (antypirine, pyramidon, nirvanol) et les antipyrétiques. Toutes ces thérapeutiques lui ont donné d'excellents résultats. Mais que faut-il entendre par Schizophrénies aiguës ? Henri Ey.

Le traitement de l'arriération mentale par les rayons X. (Über die Strahlenbehandlung des Schwachsinnes bei Kindern), par V. Wieser. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 6 nov. 1931, p. 1904.

L'auteur expose les résultats favorables obtenus chez des enfants soumis au traitement. Ces résultats ont été impressionnants dans le mongolisme. Dans les autres formes d'arriération, la proportion des sujets nettement améliorés fut de 80 0/0. L'amélioration porte autant sur les troubles psychiques que sur les troubles somatiques. L'article se termine par un exposé succinct de la méthode, des doses employées, des accidents.

E. Bauer.

Le régime cétogène dans l'épilepsie ; son application pratique, par Ph. Pagniez et A. Plichet. *La Presse Médicale*, 16 décembre 1931.

Les *Annales Médico-Psychologiques* ont publié à plusieurs reprises l'analyse des travaux américains sur la question très discutée de la diététique dans l'épilepsie.

Le régime cétogène, objet de nombreuses recherches aux Etats-Unis, vise à maintenir dans l'organisme une acidose permanente par réduction des hydrates de carbone et l'augmentation des graisses. Pagniez et Plichet, après avoir tracé un historique rapide des faits, exposent les résultats de leur expérience et résument cinq observations.

Le degré d'acidose dépend du rapport en poids des graisses par rapport aux hydrates de carbone ingérés ; on peut le faire passer à volonté de 2 à 3 ou à 4 pour trouver le meilleur régime. Les auteurs ont obtenu des résultats excellents ; certains malades ont vu leurs crises cesser complètement. L'épilepsie infantile semble devoir surtout bénéficier de cette cure, laquelle n'est pas à encourager dans les cas compliqués de déficit cérébral avec lésions localisées ou affaiblissement intellectuel.

P. Carrette.

Le traitement de la narcolepsie par l'éphédrine, par J. Mouzon. *La Presse Médicale*, 26 décembre 1931.

L'étiologie des somnolences est des plus variées. Certaines d'entre elles se montrent irréductibles aux traitements. Parfois leur cause demeure inconnue ; dans d'autres cas il s'agit de séquelles encéphalitiques ou de symptômes d'une tumeur inaccessible à la chirurgie. On utilise en général une thérapeutique symptomatique, soit qu'on stimule l'activité générale par la caféine, ou la thyroïdine, soit qu'on se propose d'augmenter le sommeil nocturne par l'administration de bromure ou de barbituriques. L'expérimentation a prouvé que l'éphédrine inhibe le sommeil chloralosique du lapin. L'application de cette propriété en pathologie est devenue courante. La dose habituelle est de 0 gr. 05 d'éphédrine naturelle par voie buccale, ou encore une dose un peu plus forte d'éphédrine synthétique (éphétonine Merck).

Quel est le mécanisme de son action ? Il n'est pas possible actuellement de dire si elle s'exerce sur l'écorce, les centres régulateurs mésocéphaliques ou le système végétatif. Il faut savoir cependant que l'efficacité de l'éphédrine paraît liée à l'état vago-sympathique du sujet. Elle stimule le sympathique alors que le sommeil s'accompagne normalement d'une prédominance de l'action vagale.

P. Carrette.

Traitement de l'hyperthyroïdie, par A. Puech. *Le Progrès Médcine*, décembre 1930.

La maladie de Basedow, hyperthyroïdie-type, est justiciable du traitement iodé et de la radiothérapie ou de l'intervention chirurgicale, suivant les cas. Il existe, à côté, des hyperthyroïdies pures, frustes, curables par les moyens médicaux (l'hématoéthyroïdine est discutée) et les syndromes sympathiques basedowiformes qui relèvent des sédatifs nerveux administrés avec persévérance.

P. Carrette.

Traitement du goitre exophtalmique et de l'hyperthyroïdisme par les injections intraveineuses de fluorure de sodium, par Léon Goldemberg. *La Semana Médica*, 17 décembre 1931.

La tyroxine est précipitée de ses solutions par le fluorure de sodium. Cette notion expérimentale a servi de point de départ à la fluorothérapie. Les premiers essais ont été effectués par voie buccale. On administrait 40 à 100 gouttes par jour d'une solution à 2 0/0 ou à 2,5 0/0. Une solution de même concentration a été ensuite injectée dans les veines à la dose de 4 cmm. par jour pendant 15 à 20 jours. Dans ces conditions, certains syndromes hyperthyroïdiens qui avaient résisté à l'hématoéthyroïdine, à l'iode ou à la radiothérapie profonde ont cédé. Le traitement doit être repris périodiquement. Il peut dans les cas graves préparer ou compléter l'intervention chirurgicale.

P. Carrette.

Sur l'emploi et la posologie de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow, par Casimiro Martinez Lopez et M. Lopez Sendon. *Archivos de Médicina, Cirugia y Especialidades*, 20 février 1932.

L'iode est devenu un médicament très courant dans le traitement du goitre exophtalmique. Les auteurs estiment que la dose moyenne optima, celle qui agit le plus complètement pour ramener à la normale le métabolisme basal, est de 6 mmgr. par jour. C'est une dose théorique, la quantité apparente variant suivant la forme thérapeutique utilisée. Les auteurs ont surtout en vue l'iodure de potassium. Ils n'arrivent à la dose utile que progressivement, sauf dans les traitements préparatoires à l'acte chirurgical où l'effet doit être obtenu d'emblée.

P. Carrette.

Electro-radiothérapie ou chirurgie dans la maladie de Graves-Basedow, par Delherm et Morel Kahn. *Le Monde Médical*, 1-15 décembre 1931.

Les chirurgiens, pour la plupart, envisagent les syndromes thyroïdiens comme relevant uniquement de l'intervention sanglante précoce ; les autres traitements n'étant qu'une préparation à l'acte chirurgical, et leur action prolongée, une menace de complications aiguës ou de lésions cutanées et fibreuses, gênant l'intervention. Les sections du sympathique cervical ont perdu leur vogue et c'est aux ligatures artérielles qu'on a le plus souvent recours.

Telle n'est pas la conception thérapeutique de Delherm et Morel-Kahn. Avec Marcel Labbé, ils estiment que le traitement chirurgical n'est pas sans danger et que l'emploi de l'iode est souvent nécessaire après l'intervention. Sauf urgence, si la vie du malade n'est pas menacée, ils utilisent l'électro-radiothérapie contrôlée par la recherche répétée du métabolisme basal. L'état général s'améliore considérablement et les troubles sympathiques également, quoique moins constamment. Dans l'ensemble, le résultat obtenu est nettement supérieur — en dehors des formes très graves — à celui que donne l'acte chirurgical.

P. Carrette.

La thérapeutique salicylée dans les syndromes choréiques aigus, par Lucien Cornil. *Le Bulletin Médical*, 28 novembre 1931.

La chorée de Sydenham, complication d'une infection, doit relever d'une thérapeutique identique à celle d'autres névraxites comme l'encéphalite épidémique ou la sclérose en plaques. L'auteur injecte dans les veines une solution glucosée de salicylate de soude à 0 gr. 10 par cc. Il administre concurremment, par la voie buccale, le médicament, avec du bicarbonate de soude dans certains cas, et, par la voie sous-cutanée, de l'arsenic sous forme d'arsylène. Des essais d'injections intraveineuses de salicylate à 0 gr. 50 par cc. ont dû être abandonnés à cause des violentes douleurs provoquées par l'irritation de l'endothélium vasculaire. Les résultats du traitement par la solution au 1/10 avec les compléments indiqués ont donné d'excellents résultats après une série d'injections (jusqu'à 30 dans un cas). Parfois les troubles récidivent pour céder complètement après une nouvelle cure.

P. Carrette.

Le traitement du parkinsonisme encéphalitique par l'atropine, selon la méthode d'Hirsauer. (Die Hirsauersche Atropinbehandlung des Parkinsonismus nach Encephalitis epidemico). *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, n° 1, 1932, par TEENSTRA et I. VISSER.

Les auteurs recommandent de nouveau cette méthode, dont les résultats sont nettement supérieurs à ceux des autres médications actuellement appliquées. Elle est cependant contre-indiquée chez les malades atteints d'hypertension, de maladies du cœur et des reins. Les accidents toxiques sont très atténués en procédant très prudemment dans l'augmentation progressive des doses administrées.

E. BAUER.

L'usage du stramonium dans le traitement de l'encéphalite, par Maudie M. BURNS. *The Psychiatric Quarterly*, Albany, avril 1931.

La feuille de datura stramonium agit sur le tremblement et la rigidité des parkinsoniens, comme l'hyoscine, stimule les fonctions psychiques et calme mieux les myalgies, le ptyalisme, que l'hyoscine et même la belladone.

P. CARRETTE.

Traitement des formes chroniques de l'encéphalite léthargique par la fièvre récurrente, par G. HÖGLUND et V. H. JÖGREN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Rapports du 5e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Stockholm, 5-7 septembre 1930.

Les séquelles neuropsychiques de l'encéphalite épidémique sont d'un pronostic sévère. La récurrentothérapie a été essayée pour 52 malades. Les auteurs ont noté une fixation assez rapide des troubles et, dans le même laps de temps par rapport aux malades non traités, une diminution sensible de la mortalité.

P. CARRETTE.

Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses, par H. CLAUDE et F. COSTE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 31, séance du 3 novembre 1931.

Nombreux sont les auteurs sud-américains qui utilisent aujourd'hui la récurrento thérapie, non seulement dans la syphilis nerveuse, mais dans les autres affections à symptomatologie neuro-psychiatrique. Ils nous communiquent un nombre considérable d'améliorations et même de guérisons.

H. Claude et Coste ont tenté de contrôler la méthode en utilisant une souche de tréponèmes fournie par le professeur Brumpt, et leur opinion est à l'opposé de celle des auteurs sud-américains. Pour eux, la récurrentothérapie est souvent inactive et parfois dangereuse. Il est d'abord très difficile de conserver une souche ; les passages d'homme à homme diminuent rapidement sa virulence. Les parkinsoniens inoculés voient le plus souvent leurs troubles s'aggraver. Dans la syphilis nerveuse, les états schizophréniques, la psychose maniaque-dépressive, le traitement n'a pas donné de résultats encourageants ; le plus souvent, aucune amélioration ne se produit et dans quelques cas des réactions fébriles atypiques ont donné les plus sérieuses inquiétudes.

P. CARRETTE.

Sur quelques applications de la récurrente à la paralysie générale, par A. Marie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 octobre 1931.

L'auteur indique la méthode comme un complément de la malariathérapie. Celle-ci peut être inutilisable quand la malaria est endémique, les malades étant immunisés. La récurrentothérapie est également appliquée chez les sujets atteints de rechute trop proche de l'impaludation. L'immunisation est moins à craindre, car il est possible d'utiliser successivement les différentes variétés. P. Carrette.

Le traitement de la paralysie générale par le soufre et le benzol. (Schwefelund Benzinbehandlung der Paralyse), par I. Kairinkstir. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1931, nº 40.

La pyrétothérapie par les injections intramusculaires de soufre donne des résultats bien moins favorables que l'impaludation et ne saurait remplacer celle-ci. Il ne s'agit pas d'une action spécifique, car le soufre agit favorablement dans d'autres maladies, rhumatismales par exemple. La pyrétothérapie par les injections de benzinol (solution de benzol pur dans de l'huile d'olives) a permis d'obtenir des rémissions complètes avec reprise de l'activité sociale. Ce médicament a donné d'heureux effets également dans la schizophrénie. E. Bauer.

L'usage du soufre comme pyrétogène, par R. P. Mackay. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1931.

En solution huileuse, injecté dans les muscles, le soufre provoque de l'hyperthermie et des modifications biochimiques dans l'organisme, aussi profondes que celles de la malariathérapie. Il a pu être utilisé avec succès dans les cas de démence paralytique. P. Carrette.

Sur les variations des syndromes psychiques consécutives au traitement pyrétogène dans les paralysies générales, par Carlo Goria (de Turin). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, mai 1931.

L'auteur passe tout d'abord en revue les modifications syndromiques apparues chez les paralytiques généraux soumis à un traitement pyrétogène. Ces syndromes apparaissent après la suspension du traitement et peu de temps après lui.

Il étudie les éléments anamnésiques et syndromiques les plus saillants, et note le rôle spécial du facteur constitutionnel prémorbide sur la génèse de l'apparition des troubles du type cyclothymique. Au contraire, dans les troubles du type schizophrénique, il semble que ce soit l'élément lésionnel qui occupe le premier plan.

L'auteur insiste sur la ressemblance fréquente de ces syndromes schizophréniques des paralytiques généraux traités avec le tableau de certains états schizophréniques dits essentiels et discute à ce propos l'importante question de l'origine lésionelle des psychoses schizophréniques. Paul Abély.

Du traitement de la paralysie générale, par E. Arwinski et A. Gradzinski. (*Rocz. Psychj.*, fasc. XVII, p. 157-217).

MM. Artwinski et Gradzinski apportent dans un long article très richement documenté les résultats personnels d'une longue expérience de pyréto-

thérapie basés sur un nombre imposant de 532 paralytiques généraux, 16 malades ont été traités par la fièvre récurrente, les autres par la malaria.

Les résultats de cette minutieuse étude, illustrée de nombreuses observations et de graphiques, sont réunis dans les conclusions suivantes :

1° La malariathérapie donne des résultats numériquement très supérieurs à toutes les méthodes de traitement dites spécifiques, bien qu'elle n'ait pas modifié la nature même des rémissions.

2° Dans la malariathérapie les rémissions sont meilleures et plus durables.

3° Le pourcentage des rémissions est plus fort et celui des décès plus faible dans la paralysie générale au début.

4° Au cours de leur pratique, MM. Artwinski et Gradzinski ont constaté une augmentation numérique croissante de rémissions complètes. Les améliorations surviennent en général peu de temps après l'institution du traitement.

5° La mortalité est en proportion inverse du nombre des rémissions réalisées.

6° L'amélioration clinique précède celle des réactions sérologiques dont le nombre croît également.

7° La persistance de la positivité de la réaction de Wassermann et une forte pléocytose présagent l'aggravation, même si on les constate en pleine période de rémission.

8° L'absence d'amélioration clinique coïncide avec l'absence du changement dans les réactions sérologiques.

9° La réimpaludation donne quelquefois des améliorations sérologiques et cliniques chez des malades ayant présenté des rémissions incomplètes. Dans les cas d'aggravation elle ne donne plus d'amélioration ni complète ni durable.

En se basant sur leur expérience personnelle de la méthode et les résultats acquis, MM. Artwinski et Gradzinski estiment que : 1° la tâche du psychiatre réside dans la recherche des procédés permettant un diagnostic précoce de la paralysie générale ; 2° ils insistent sur la nécessité de la vulgarisation parmi les médecins praticiens des notions de l'efficacité du traitement par la malariathérapie de la paralysie générale prise au début, ainsi que de ses moyens de diagnostic ; 3° le problème du traitement de la paralysie générale, loin d'être clos, reste d'actualité, appelant de nouvelles recherches.

FRIBOURG-BLANC.

Les ressources inexploitées de la malariathérapie, par K. MIKULSKI et A. LISZKA. (*Rocz. Psychjatr.* 1932. Fasc. XVIII-XIX, p. 28.

Inspirés par le travail des auteurs italiens d'Ormea et Broggi (« La piretoterapia nella demence precoce », Rass. di studi psychiatr. 1930), Mikulski et Liszka entreprennent leur expérimentation, basée sur une technique qui leur est personnelle. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° La technique de l'impaludation subit des modifications constantes. Les auteurs constatent que la malaria peut être inoculée à la période d'incubation précoce, à la période latente entre les accès fébriles et même à la période latente non fébrile.

2° La technique de la malariathérapie s'enrichit puisque l'impaludation

devient possible même lorsqu'on manque de cas de paludisme en activité. Les accès de cette provenance ne diffèrent en rien de ceux qu'on obtient par la technique habituelle.

3° Tout malade impaludé, même apparemment malaria-résistant, doit être traité par la quinine, car le sang de ces individus peut renfermer des parasites qui pourraient se manifester plus tard.

4° L'absence des parasites sur les frottis n'est pas une preuve de non contamination. Dans des cas suspects, la méthode biologique peut trancher les hésitations.

5° Dans les impaludations du paludisme latent post-fébrile, l'incubation dure de 6 à 11 jours. L'incubation des accès provoqués par les injections de sang pris également à la période d'incubation dure 6 jours environ, si le prélèvement a été fait à un moment proche de l'accès ; elle dure 11 à 31 jours si le sang a été prélevé à la période encore précoce. L'incubation du paludisme latent apyrétique dure de 11 à 18 jours. Le sang des paludéens dont les accès ont été coupés par la quinine et le liquide céphalo-rachidien ne peut servir à l'impaludation.

Il n'y a pas de raisons suffisantes pour affirmer la malignité spéciale de telle ou telle souche de fièvre tierce ou double tierce. C'est surtout le terrain qui joue le rôle principal.

La méthode d'impaludation intra-veineuse et sous-cutanée employée par Mikulski et Liszka donne 90 0/0 de succès.

La disparition spontanée des accès se rencontre dans moins de 20 0/0 des cas.

La quinine peut provoquer les accès en sensibilisant l'organisme, comme fait l'épreuve du traitement spécifique à l'égard de la réaction de Wassermann, mais seulement dans des cas tout à fait exceptionnels.

Deux impaludations successives faites à la période apyrétique donnent lieu à des accès atypiques. FRIBOURG-BLANC.

Réflexions critiques sur la malariathérapie, par Stanislas SWIERCZEK. *Nowiny Psychjatryczne*, n° 1-2 ; fasc. VIII, 1931.

Le rapport de Swierczek présenté au XI[e] Congrès des Psychiatres Polonais à Lwow (mai 1931) porte sur l'observation de 101 paralytiques généraux à l'hôpital de Dziekanha. La proportion des résultats nuls est de 57 0/0 ; il y eut peu d'améliorations et proportionnellement autant de décès. L'auteur déclare que ces résultats justifient le scepticisme avec lequel il a accueilli l'impaludation. P. CARRETTE.

L'impaludation cérébrale, par M. Maurice DUCOSTÉ, (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, séance du 12 avril 1932).

Faisant état des échecs et des résultats parfois décevants de la malariathérapie classique, Ducosté a tenté l'impaludation cérébrale. C'est l'inoculation du paludisme dans la substance blanche ou dans les ventricules. L'impaludation cérébrale proprement dite, consiste à injecter dans les lobes frontaux des paralytiques généraux, 2 à 5 cc. de sang paludéen citraté. L'intervention ne s'accompagne ni de douleur, ni de choc. On n'observe pas de complications ou d'accidents inquiétants. M. D... a traité 108 paralytiques généraux par cette méthode, mais il ne retient que 70 cas dont les résul-

tats sont acquis depuis 3 ans 1/2 au maximum ou 6 mois au minimum. L'impaludation cérébrale provoque des accès fébriles comme l'impaludation simple, l'incubation est en moycnne de 8 jours. La mortalité est très inférieure à cellc de l'impaludation classiquc. Au point dc vue mental, les succès sont brillants chez les malades peu touchés et traités dès le début. Pour les moins favorisés, la maladie est stabilisée (31 0/0). Les améliorations plus nettes équivalant « aux guérisons » ou « aux rémissions complètes » de l'impaludation classique, sont observées dans 45,7 0/0. Dans 21 0/0 des cas, les malades paraissent complètement guéris, « leur paralysie générale n'est plus qu'un souvenir ».

Les résultats de l'impaludation ventriculaire (23 cas) sont inférieurs aux précédents.

SENGÈS.

Notions nouvelles concernant la nature de la paralysie générale et l'action de la malariathérapie, par Pierre BOURGEOIS. *Revue Médicale Française,* décembre 1931.

Les expériencces récentes montrent qu'après l'inoculation de la malaria, la perméabilité méningée revient à la normale, les réactions cellulaires s'atténuent. Cette rétroccssion dc la réaction inflammatoire s'opère parfois spontanément, mais il faut reconnaître qu'elle est beaucoup plus fréquente depuis la malariathérapie. Les idées sur la nature de la paralysie générale se sont modifiées à la suite de la constatation de la régression des signes somatiques et psychiques. Le nom dc démence paralytique ne convicnt qu'à des états avancés auxquels le malade nc parviendrait qu'après une longue période de troubles d'allure démentielle. Les psychoses postmalariques sont interprétées par certains auteurs comme une atténuation de l'inflammation qui, auparavant diffuse, persiste seulement en quelques points de plus grande résistance de l'infection tréponémique. D'autres attribuent ces psychoses au paludismc. Elles seraient évitables par l'emploi plus énergique de la quinine.

Anatomiquement, on vérifie l'arrêt du processus dégénératif ct l'organisation dc gommes miliaires, marque d'une meilleure défense des tissus malades, après unc phase d'exacerbation. Cette transformation secondaire des réactions morbides justifierait le traitement antisyphilitique après la malaria.

P. CARRETTE.

La malariathérapie et les lésions cérébrales dans la paralysie générale progressive. Action de la malaria sur le Tréponéma Palidum, par MM. PAULIAN et BISTRICEANU (*Revue Neurologiste,* tome II, nº 3, sept. 1931).

Les auteurs relatent l'étude anatomo-clinique de 9 nouveaux cas de paralysie générale, étude qui confirme l'influence dc la malariathérapie sur les lésions cérébrales et les spirochètes de l'écorce du cerveau. Les lésions inflammatoires sont beaucoup plus réduites chez les sujets morts dans les premiers mois après le traitement que chez les sujets morts pcndant ou au début du traitcment. Les spirochètes mis en évidence dans le cortex par les méthodes de Levaditi, Jahnel et Kufs sont nombreux dans deux cas de décès au début du traitcment, très rares dans cinq cas de décès au cours du traitement (il y a surtout des détritus), et font complètcment défaut dans deux cas.

J. TUSQUES.

Six ans de malariathérapie dans la paralysie générale, par Tancredi Cortesi (de Venise). *Russegna di Studi Psichiatrici,* juillet 1931.

Il a traité ainsi, pendant 6 ans, 76 paralytiques généraux, il a obtenu 18,4 0/0 de rémissions complètes, 14,4 0/0 de rémissions médiocres, 13,1 0/0 de rémissions légères, 26 0/0 de non améliorés, 27,6 0/0 de morts. Il confronte ses propres résultats avec ceux qu'ont obtenus beaucoup d'autres auteurs en cherchant à individualiser quelques-unes des causes qui ont produit d'importantes et fréquentes divergences.

Paul Abély.

Le grand âge et les maladies organiques sont-ils une contre-indication à la malariathérapie chez les Paralytiques Généraux, par Henri Bronville, Jacques Ley et Jean Titeca, (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* février 1932).

10 observations de paralysie générale ayant dépassé la soixantaine et atteints de maladies organiques graves, qu'ils ont soumis cependant à la malariathérapie. 8 malades ont très bien supporté le traitement. 3 sont absolument guéris. Les auteurs préconisent dans ces cas la combinaison, en même temps, de traitement malarique et de faibles doses de novar, pendant les périodes apyrétiques selon la méthode de Korteweg, d'Amsterdam.

Sengès.

Paralysie générale progressive, diabète et malariathérapie, par Juan M. Obarrio et Alejandro J. Petre. *La Semana Médica,* 31 décembre 1931.

L'association, — assez rare, — de la paralysie générale et du diabète pose le problème des contre-indications de la malariathérapie. Les auteurs discutent d'abord le diagnostic étiologique du syndrome paralytique qu'ils attribuent à la syphilis et non au diabète. La malaria doit être inoculée si possible dans une période où la diatétique donne des résultats satisfaisants par ailleurs.

Les indications du traitement spécifique, avant et après, sont les mêmes qu'il y ait diabète ou non, à condition de surveiller les fonctions du foie et l'évolution de la glycémie en particulier. Il est fait mention, dans un cas, de l'apparition d'un ictère sans importance pour la suite de la cure et de l'influence favorable du sondage duodénal sur la glycémie.

P. Carrette.

Malaria inoculée, cause de malaria congénitale. (Impfmalaria als Ursache Kongenitaler Malaria), par H. Schadow. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 5 juin 1931, 917.

Description d'un cas de paludisme chez un nouveau-né, enfant d'une paralytique générale impaludée à la fin de la grossesse, et en période d'accès fébrile au moment de l'accouchement. Le sang de l'enfant contient des plasmodes. Guérison avec la quinine et la transfusion du sang.

E. Bauer.

Rupture spontanée de la rate au cours de la malaria inoculée. (Spontan ruptur der Milz bei Imgfmalaria), par Iacobi et Herholtz. *Klinische Wochenschrift*, nº 14, 1932.

Les auteurs rapportent 2 nouveaux cas de rupture de la rate chez des impaludés ; dans l'un de ces cas, la rupture se produisit au cours des premiers accès fébriles. Il faut donc surveiller la rate des malades impaludés. Mais cet accident, rare en comparaison avec le grand nombre des malades traités, ne constitue pas une contre-indication contre la malariathérapie.

E. Bauer.

Traitement de la paralysie générale par la diathermie, par Gonzalo Bosch et Arturo Mó. *La Semana Médica*, 12 novembre 1931.

Le principe de la pyrétothérapie dans la paralysie générale a fourni à l'ingéniosité des médecins la clef des essais curatifs les plus variés. La diathermie a été tentée par Cash King et Edwin Cook, puis par Neymann et Osborne. Elle permet, par le réglage du courant et de la cage enveloppante, de maintenir une température précise pendant un temps strictement limité par l'opérateur. Bosch et Mó donnent un tableau comparatif des résultats obtenus dans la paralysie générale par le Sodoku, la malaria et la diathermie, et la statistique est nettement favorable à ce dernier traitement.

P. Carrette.

Sur le traitement par le Soufre de l'atrophie tabétique du nerf optique, par L. Winkler. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, New-York, mars 1931.

L'action du mercure et des arsenicaux sur les localisation optiques du tabès est souvenu nulle, parfois nocive. Winkler a éprouvé les bons effets d'une cure de soufre colloïdal à raison de 10 injections d'une préparation de faible concentration, soit, pour 1 cm³, 5 milligr. de soufre. Ce traitement était associé à celui du bismuth. L'action curative a été durable et persistante et l'amélioration progressive a permis de noter la réapparition de la coloration de la papille par rétablissement circulatoire, de l'acuité, de l'élargissement du champ visuel, de la netteté de la vision colorée.

P. Carrette.

Traitement des atrophies optiques tabétiques par le Soufre, par Joseph Fried. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, mai 1931.

Tant de procédés échouent ou se montrent dangereux, que le traitement de l'atrophie optique chez les tabétiques a rebuté plus d'un opntalmologiste expérimenté. L'auteur a essayé, avec un succès relatif, la cure de 12 cas par l'association au traitement par le salicylate de bismuth d'injections intra-veineuses de solution colloïdale de soufre à 1 0/0. Le choc produit une hyperthermie de quelques heures ; il peut être renouvelé tous les 3 ou 4 jours. Les résultats sont souvent d'autant plus favorables que la réaction thermique a été plus nette.

P. Carrette.

L'iodobismuthol dans le traitement de la neurosyphilis, par H. G. Mehrtens et P. S. Pouppirt. *Archives of Neurology and Psychiatry,* décembre 1931.

L'association d'iode et de bismuth sous forme de sel sodique serait d'un gros intérêt thérapeutique. Le produit est très soluble, actif de ce fait et par sa concentration (21,9 0/0), peu toxique et pouvant être injecté 2 à 3 fois par semaine sans interruptions.

La pénétration cérébrale a pu être démontrée expérimentalement sur le cobaye et occasionnellement sur des sujets morts après une injection. Cette propriété donnerait à la combinaison chimique iodobismuthique le premier rang dans la thérapeutique préventive des accidents nerveux de la syphilis. Elle s'est montrée active dans 50 0/0 des cas en évolution, donnant une amélioration nette clinique et sérologique.

P. Carrette.

Règles générales des Traitements Antisyphilitiques, par Gougerot. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel,* septembre 1931.

Voici quelques pages substantielles, desquelles le professeur Gougerot a surtout voulu dégager cette idée que le syphilitique doit être surveillé toute sa vie durant, parce qu'il n'y a pas de critère de guérison. Un malade peut rester pendant 5 ans, 10 ans sans symptômes, sans réactions sérologiques positives et commencer un tabès ou une paralysie générale. L'auteur n'oublie pas la malariathérapie. Doit-elle être utilisée dans les syphilis irréductibles ou même comme mesure prophylactique générale ? — Non. C'est un moyen d'action qu'il faut réserver contre les menaces de localisation nerveuse. Cette opinion est celle de Wagner von Jauregg.

P. Carrette.

Les paradoxes du traitement de la syphilis et le mode d'action des médications spécifiques, par A. Sézary. *Le Progrès Médical,* 17 novembre 1931.

La thérapeutique antisyphilitique ne peut être efficace que si l'on connaît bien le mode de réaction des différents tissus. Certains arsenicaux, le mercure, l'iodure échouent dans la syphilis nerveuse et guérissent rapidement une gomme cutanée. Sézary croit que les parenchymes incapables de réactions allergiques accueillent les colonies de tréponèmes avec une extrême lenteur et les substances médicamenteuses iront difficilement les atteindre. L'échec du traitement abortif s'explique de même par l'absence de réaction précoce de l'organisme. C'est d'elle que dépend l'efficacité d'une cure. Il apparaît dès lors que les médications n'ont rien de spécifique et l'on comprend leur action bienfaisante sur des lésions non syphilitiques comme celles du psoriasis ou de la maladie de Dühring.

P. Carrette.

Thérapeutique chirurgicale de l'hypertension cranienne, par Manuel Balado. *La Semana Médica,* 3 décembre 1931.

L'économie du système diagnostique et thérapeutique exposé par l'auteur repose sur la comparaison des tensions ventriculaires, sous-occipitales et spinales. Chez le sujet normal, dans la position verticale, les deux premières sont négatives au manomètre de Claude. Elles subissent des élévations importantes dans les méningites, les tumeurs, l'œdème cérébral ; dans les

tumeurs médullaires, elles sont fortes et la tension spinale s'abaisse ; dans les tumeurs cérébelleuses, on constate une hypertension ventriculaire isolée, etc. Chaque cas est ainsi décrit et schématisé.

L'indication de la thérapeutique décompressive n'offre souvent aucune difficulté. C'est la technique qui est délicate. La ponction ventriculaire modifie l'hydrostatique cérébrale et provoque parfois le déplacement d'une tumeur. Si les ventricules n'ont pas leurs voies d'écoulement normal, si une tumeur siège superficiellement dans les hémisphères, il faut trépaner tout près de la région atteinte. Une ouverture à distance a parfois des conséquences désastreuses ; le courant liquide entraînant la matière cérébrale provoque des ruptures dans la substance nerveuse ou une torsion du pédoncule qui peuvent compromettre la vie du patient. P. CARRETTE.

Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, par Manuel BALADO. *La Semana Médica,* 11 février 1932.

Cette intéressante revue nous montre l'origine des divergences des diverses écoles neurochirurgicales. Si la question de technique ne nous intéresse que secondairement, le point de vue pronostique retient notre attention. Or, il dépend de considérations anatomiques que l'auteur expose brièvement. Les colorations par le carbonate d'argent ont servi à l'école de Cushing de point de départ au classement des tumeurs. La valeur de ce procédé est mise en doute par Manuel Balado. D'autre part, Roussy fait observer que les conceptions étiologiques et les conséquences qui en découlent pour l'embryogénèse tirent un grand profit des méthodes histologiques précitées, mais que celles-ci n'ont pas d'intérêt pratique, toute tentative de classification devant partir d'un point de vue biologique.

L'étude des fibroblastomes méningés et périnerveux, neuromes, gliomes, tumeurs pituitaires, médulloblastomes, épendymomes, papillomes des plexus choroïdes, etc... qui suit cet exposé doctrinal, tient compte des données anatomophysiologiques les plus récentes. Enfin, Manuel Balado expose certains points de pratique courante. P. CARRETTE.

Thérapeutique des tumeurs de l'hypophyse, par V. MAZAL. *Bratislavské Lekárske Listy,* Bratislava, décembre 1930.

Les tumeurs kystiques, celles qui, cliniquement malignes avec forte pression intracranienne conduisent rapidement aux accidents visuels graves, ont dû être confiées au chirurgien. Pour les autres cas, et c'est la grosse majorité, les rayons de Roentgen ont été tentés avec succès ; l'amélioration a été constatée dans les 2/3 des cas. P. CARRETTE.

Traitement opératoire des tumeurs sellaires et supra-sellaires, par de MARTEL, DENET et GUILLAUME. *Journal de chirurgie,* mars 1931.

Cet article descriptif, accompagné de 17 figures, donne avec une remarquable précision les temps de l'intervention transfrontale qui permet d'atteindre la selle turcique après avoir taillé le volet osseux et récliné le lobe frontal. La voie trans-sphénoïdale, qui partageait avec la présente la faveur des chirurgiens, tend à être abandonnée ; elle est d'un accès très difficile et d'une technique qui n'est pas perfectible comme celle que décrivent les auteurs. P. CARRETTE.

Les règles du traitement chirurgical de l'abcès cérébral d'origine otique, par Jean PIQUET. *La Presse Médicale*, 20 mai 1931.

L'intervention doit être exécutée dès que le diagnostic est posé. Des facilités de drainage peuvent être obtenues grâce à l'ouverture à distance, mais cette technique risque d'infecter secondairement des tissus sains ; le mieux est d'utiliser la voie pétro-mastoïdienne.

Parfois on se trouve en présence d'infections diffuses. Après ponctions lombaires et évidemment pétro-mastoïdien, il faut se garder de franchir la barrière durale, si la méninge a un aspect normal. En présence d'une suppuration franche on doit drainer et provoquer la production par irritation au moyen d'agents caustiques. Si les signes de compression cérébrale réapparaissent, il est indispensable de rechercher et de vider chaque abcès nouveau.

P. CARRETTE.

Ponction sous-occipitale d'un kyste du cervelet, par Bertil SJÖVALL. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. 6 ; fasc. 4 ; Copenhague, 1931.

Le diagnostic clinique était assez aisé et la ponction permit de reconnaître le kyste et de le remplir d'air pour obtenir le repère radiographique. A propos des ponctions sous-occipitales, l'auteur envisage la possibilité d'aller jusqu'au cervelet chercher une tumeur kystique, au moyen d'une aiguille courbe pour éviter de léser le tronc cérébral, mais il met en garde contre le danger d'une telle pratique ; la pression subie par l'instrument pouvant en provoquer la rupture.

P. CARRETTE.

Les voies conduisant à l'analgésie et aux médicaments analgésiques, par E. STARKENSTEIN. *Le Progrès Médical*, 5 décembre 1931.

La connaissance des propriétés pharmacodynamiques des hypno-analgésiques est indispensable pour leur utilisation pratique. Il est difficile de trouver un corps chimique dont l'action est strictement limitée à l'effet recherché. Dans la pratique, il faudra donc recourir à des associations. Le médicament destiné à produire la réaction principale est mélangé ou combiné à des correctifs, soit pour supprimer un effet secondaire gênant, soit pour diminuer la toxicité. Des expériences ont été faites sur le lapin avec le pyramidon à dose provoquant des convulsions ; son action est corrigée par le véronal. Il existe un produit neutralisé à cet effet, c'est le véramone. Les médicaments ainsi corrigés sont d'un précieux secours, car le sujet qui recherche l'analgésie à l'état de veille appréciera le produit qui calme la douleur sans provoquer de dépression ou de somnolence, alors qu'il préférera l'hypno-analgésique banal s'il doit l'absorber au coucher.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 novembre 1932,* à 9 heures 1/2 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 28 novembre 1932,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement). La Société a décidé de réserver cette séance aux discussions et communications sur les *rapports de la tuberculose et de la démence précoce* à la suite d'un exposé de M. le Professeur D'HOLLANDER (de Louvain).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 décembre 1932,* à 9 h. 1/2 *très précises,* à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique auront lieu le *jeudi 22 décembre 1932,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Prix de la Société Médico-Psychologique.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, adressés à la Société en vue de concourir pour les *prix à décerner en 1933* (Prix *Belhomme,* Prix *Trénel,* Prix *Christian*) doivent être déposés *avant le 31 décembre 1932,* chez le Dr René CHARPENTIER, Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-Psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr Marc Trénel, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine, Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre.

M. le Dr Louis Dalmas, médecin-chef de service à l'Asile privé, faisant fonctions d'Asile public d'aliénés (Sainte-Madeleine) à Bourg (Ain).

Encore un médecin des Asiles blessé par l'un de ses malades.

Le 9 août dernier, le Dr Ricoux, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés (Sainte-Catherine), à Moulins (Allier), fut grièvement blessé à l'abdomen par un malade travailleur armé d'une « pointe carrée » solidement fixée à un manche de bois. Transporté dans une clinique et opéré immédiatement, notre collègue a heureusement survécu à cette grave blessure.

Nous avons eu trop souvent à relater ici de tels attentats pour ne pas être péniblement frappés de leur fréquence croissante, dont les causes mériteraient d'être recherchées. Ils attirent l'attention sur des risques professionnels spéciaux contre lesquels les médecins des Asiles demandent justement à être garantis.

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'Argent :

M. le professeur Abadie, médecin des Hôpitaux de Bordeaux ;

M. le Dr Desruelles, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

Médaille de Bronze :

M. le Dr Fromenty, médecin-chef du service d'aliénés de l'Hospice de Tours (Indre-et-Loire).

Nominations.

M. le Dr Carriat est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés (Saint-Luc) de Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le Dr Schützenberger est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés du Mans (Sarthe) ;

M. le Dr Le Guillant est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le Dr Vié est nommé médecin-directeur de la Colonie familiale des Asiles de la Seine, à Ainay-le-Château (Allier) ;

Vacances et Création de postes.

Sont déclarés vacants :

le poste de médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Moulins (Allier) ;

le poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

un poste de médecin-chef de service de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés de Sainte-Madeleine à Bourg (Ain) ;

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'Armentières (Nord).

Est créé :

un quatrième poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés.

La prochaine *Assemblée générale* aura lieu le *mercredi 30 novembre 1932*, à 14 heures, à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, à Paris.

A l'*ordre du jour* figurent :

la *modification des statuts* de l'Association ;

un rapport de M. Lauzier, sur le dernier *projet Strauss* (*Réforme de la loi du 30 juin 1838*) ;

un rapport de MM. Th. Simon et Arsimoles sur l'*assistance aux enfants anormaux ;*

un rapport de M. Schützenberger sur l'*unification des comptes moraux et des statistiques médicales.*

L'Association célébrera le *vingt-cinquième anniversaire* de sa fondation le 30 novembre 1932, à 21 heures, au Palais de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, à Paris (V^e^ arrondissement).

Concours pour 12 postes de Médecin des Asiles publics d'aliénés.

L'arrêté suivant du ministre de la Santé publiquc vient de paraître au *Journal Officiel* (numéro du 26 octobre).

Article premier. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le *lundi 6 mars 1933.*

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, jusqu'au samedi 4 février 1933 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Reconnaissance d'utilité publique.

Par décret de M. le Président de la République, en date du 23 août 1932, « l'Association dite : *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, est reconnue comme établissement d'utilité publique ».

XXXVII[e] session (Rabat, avril 1933).

La XXXVII[e] Session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Rabat* (Maroc), du 5 au 12 avril 1933.

Président : M. le professeur Georges GUILLAIN, de Paris.

Vice-Président : M. le D[r] L. LAGRIFFE, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général : M. le D[r] René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire annuel : M. le D[r] DE LABRETOIGNE DU MAZEL, médecin-directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc).

Trésorier : M. le D[r] VIGNAUD, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'*ordre du jour* de la XXXVII[e] session.

PSYCHIATRIE : *Les Encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le D[r] Léon MARCHAND, médecin-chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne).

NEUROLOGIE : *Les Ataxies.* — Rapporteur : M. le D[r] Raymond GARCIN, médecin des Hôpitaux de Paris.

MÉDECINE LÉGALE : *Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur : M. le D[r] Paul ABÉLY, médecin-chef du service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le D[r] VIGNAUD, *trésorier*, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Les membres titulaires de l'Association, versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs pour les *membres adhérents* et de 50 francs pour les *membres associés*.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la 37[e] session inscrits avant le 15 février 1933 recevront les rapports dès leur publication.

Un écho de la XXXVIe session, (Limoges 25-30 juillet 1932).

Pour détruire une légende. Défense des aliénistes

Sous ce titre, on pouvait lire, le 3 août 1932, dans « le Populaire du Centre », journal quotidien de Limoges, les lignes suivantes :

« J'ai suivi avec intérêt le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes et, dans mes comptes rendus de séance, j'en ai noté les travaux en vulgarisant à dessein le langage employé dans les discussions. J'ai voulu ainsi établir une liaison d'ordre intellectuel entre nos lecteurs et les congressistes.

« On m'avait dit, au début, sur un ton ironique : « Ah ! vous allez chez les aliénistes, prenez garde, ils sont aussi fous que leurs malades et ils voient des fous partout. » C'était, en quelque sorte, un aimable avertissement à me tenir sur mes gardes, mais c'était surtout la grosse plaisanterie courante, en faveur dans le peuple, contre les médecins de cette spécialité.

« Eh bien ! je dois le dire et je l'ai noté, les médecins aliénistes et neurologistes ne sont point si fous qu'un vain public le pense. La tenue de leurs discussions fut admirable ; pas une parcelle de passion n'y fut apportée et ce n'est toujours que l'esprit de recherche, le goût de l'analyse qui les anima. Pas la moindre invective contre les hommes, pas la moindre non plus contre les choses. Consciences majeures, les congressistes s'élevaient bien au-dessus des indigences regrettables qu'offrent certaines autres assemblées. Aucun d'entre eux n'accaparait la tribune pendant des heures dans l'intention que le contradicteur ne parlât pas. Le temps du rapporteur et celui des objecteurs était réglé. Le rapport était soigneusement préparé. Et des controverses toujours calmes qui surgissaient, se dégageait que la plus haute sagesse était chez les médecins aliénistes. Ils offraient la plus vivante antithèse de leurs clients qui ne savent plus modérer leurs expressions et se livrent à des actes contraires au bon sens.

« C'est précisément cette concentration de la pensée, que l'on remarque chez les aliénistes, qui établit leur supériorité sur ceux qui la dispersent à la légère. Et c'est pourquoi la majorité des hommes doit leur apparaître bien inconséquente quand ils la voient se livrer à des débats tumultueux dominés par les vociférations et transformer en arènes de combat des lieux qui ne devraient être consacrés qu'à l'expression simple, pure et honnête de la pensée.

« Autre chose est à dire pour détruire une légende qui s'attache aux médecins des asiles publics d'aliénés que l'on accuse parfois d'une certaine inhumanité dans leurs méthodes de guérison. D'après les thèses qui ont été soutenues, j'ai eu l'impression que ces médecins étaient profondément humains. Mais, peut-être leur attribue-t-on la responsabilité de certains faits qui incombent à d'autres.

« En somme, je rapporte de cet utile Congrès une excellente impression. Toutefois, par esprit de malice ou manie de l'exagération, n'allez pas croire que je puisse avoir l'envie d'être interné dans un asile de ces messieurs. Non ; j'aime trop la liberté et c'est parce que je pouvais « sortir » de leur Congrès que j'aimais bien leur compagnie. »

MEILLAC.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La *Société suisse de Psychiatrie* se réunira à *Zurich,* sous la présidence du Dr Tramer, les *12 et 13 novembre 1932.*

Question mise à l'*ordre du jour :* « Le problème du temps et de l'espace en psychopathologie ». Rapporteurs : MM. Binswanger (de Kreuzlingen) et Minkowski (de Paris).

NÉCROLOGIE

Marc Trénel (1866-1932).

Le Dr Trénel n'est plus. Sa disparition laisse dans l'accablement ses collègues, ses élèves et ses amis, dont la plupart ont appris en même temps sa maladie et son décès.

Notre confrère représentait une personnalité puissante, un idéal de science et de droiture devant lequel nous nous inclinions tous. L'opinion unanime le considérait comme le modèle des médecins d'asile ; sa perte laisse un grand vide parmi nous.

La place dont je puis disposer ne permet pas de retracer ses travaux scientifiques. Ancien président de la Société médico-psychologique, il jouait un rôle prépondérant dans nos réunions, où sa parole était écoutée avec sympathie et intérêt. Ses communications dans nos sociétés psychiatriques, à la Société clinique de médecine mentale ainsi qu'à la Société de médecine légale et d'histoire de la médecine, ses articles dans la Pratique médico-chirurgicale et dans nos principales revues médicales montrent quel labeur il a fourni pendant plus de 30 ans et quelle situation prépondérante il avait acquise dans la psychiatrie française contemporaine.

Grand aliéniste, admirable clinicien, il ne cantonnait pas son activité entre les murs d'un asile. Aucune partie de la science médicale ne lui était étrangère : médecine générale, système nerveux, physiologie, bactériologie, anatomie pathologique, toutes ces branches avaient été de sa part l'objet d'études approfondies. Un des premiers, il appliqua ces données aux maladies mentales, transformant ainsi son service d'aliénés en service d'hôpital. Le laboratoire créé par lui, avec les ressources les plus modestes, fut une des premières organisations de ce genre réalisées dans les asiles de la Seine. L'anatomie et l'histologie pathologique avaient pour lui une telle importance qu'il avait doté la Société médico-psychologique d'un prix destiné à récompenser le meilleur travail se rapportant à ce sujet. Nous voulions appeler ce prix : *prix Trénel,* mais sa modestie s'y opposa formellement.

Issu d'une famille médicale dont de nombreux membres éminents honorent la science française, le Dr Trénel était né médecin et resta médecin toute sa vie. Il fallait le voir faire sa visite, s'arrêtant à chaque lit, auscultant, percutant, ne négligeant rien pour assurer un diagnostic. Notre confrère aimait ses malades comme ses enfants, revenant l'après-midi ou le soir dans son service pour les examiner à nouveau, connaître la température, s'assurer des résultats de la thérapeutique. Aucun médecin n'eut plus grande conscience du devoir.

Il n'était pas seulement toute conscience, il était aussi toute bonté. Que de pleurs il a séchés, que de douleurs il a soulagées, ne négligeant ni son temps, ni sa peine pour secourir les malheureux. On n'avait pas besoin de s'adresser à lui, il venait spontanément offrir ses services, heureux de se dévouer, tant étaient grands son cœur et sa charité.

Nous le vénérions tous ; la fidélité de son amitié allait jusqu'à l'abnégation, mais il ne prodiguait pas sa sympathie à tout le monde. Cet être délicat, loyal, n'admettait aucun accommodement ni avec la vérité, ni avec la justice. Il marchait droit devant lui, guidé seulement par ses sentiments innés d'équité et d'honneur. Nous l'avons vu, un jour, briser sa carrière et donner sa démission plutôt que de sanctionner une nomination qu'il jugeait mauvaise.

Ses qualités morales faisaient de lui l'homme le plus bienveillant, le plus modeste, le meilleur des amis, le plus sage des conseillers. La grande guerre le révéla héros. Dégagé par son âge de toute obligation militaire, relevant d'une grave opération, le Dr Trénel s'engage comme médecin de bataillon, fait Verdun, la Somme, est blessé, reçoit plusieurs citations pour sa belle conduite et revient avec la croix de guerre et la Légion d'honneur. L'armistice ne met pas fin, hélas ! à la tuerie, on se bat encore en Orient ; notre collègue repart en Syrie, est assiégé dans Adana, prodiguant partout ses soins aux malades et aux blessés.

Un des derniers actes de sa vie dénote un rare courage. Un aliéné dangereux, non interné, tire sans motif plusieurs coups de revolver sur un médecin entrant à Sainte-Anne. La police accourt ; cinquante sergents de ville et pompiers cernent les rues, occupent les trottoirs... et regardent, attendant des ordres. On vit alors un homme petit, déjà âgé, de faible constitution, sortir de l'asile, se diriger sur l'assassin, le ceinturer par derrière, lui enlever son arme et le remettre aux mains des agents. C'était le Dr Trénel ; lui seul était peut-être capable d'un tel héroïsme.

Le Dr Trénel n'est plus. Suivant ses dernières volontés, ses obsèques furent simples comme sa vie : ni faire-part, ni discours, ni délégations. Quelques rares confrères et amis s'étaient réunis à la famille éplorée pour inhumer dans le caveau de famille, au cimetière Montmartre, celui dont l'existence avait été consacrée tout entière à l'humanité et à la science.

Avec lui disparaît une des plus nobles figures de la grande famille psychiatrique française. Son nom ne périra pas, son souvenir restera toujours vivant parmi nous, comme un modèle de droiture et d'honneur, dans la vie professionnelle ainsi que dans la vie privée. Il nous laisse un enseignement et un exemple.

Raoul Leroy.

Ovide Decroly (1871-1932)

...J'ai assez peu connu Decroly. Je ne l'ai rencontré qu'en de rares circonstances et presque toujours très peu de temps. Par contre j'ai trouvé partout les méthodes pédagogiques et les jeux éducatifs dont il a été le protagoniste. Je ne sais s'il existe un pays où ne fonctionnent pas de « classes Decroly ». Celles que j'ai pu voir au Brésil étaient fort sympathiques. Et si, en France, nous ne prenons pas volontiers un système en bloc (et le mot système n'est guère juste ici...), il n'est pas d'Ecoles maternelles qui n'aient fait des emprunts à l'enseignement de Decroly et qui n'aient copié, imité, adapté les procédés et le matériel imaginé sous sa

direction. Car, travaillant primitivement avec des enfants anormaux, c'est toute la petite enfance qui en est venue à profiter des expériences de ce médecin, devenu pédagogue par métier, et pédagogue aussi original qu'éminent.

Decroly écrivait peu ; mais il avait des disciples qui le faisaient pour lui et qui faisaient mieux qu'écrire : elles agissaient selon les directions qu'il formulait et elles en montraient les résultats vivants. L'action persuasive de Decroly, son succès à susciter des éducatrices formées dans le sens de ses idées... sont un des traits les plus curieux de sa personnalité.

J'ai rappelé tout à l'heure son action sur nos Maternelles. Elle visait à s'étendre, à gagner les classes primaires, pourtant si rebelles à toute nouveauté... Decroly n'a pas seulement contribué à sortir de l'oubli la méthode de lecture qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de méthode globale, il a de plus apporté maintes suggestions heureuses pour rendre l'écolier plus actif par des moyens appropriés à son âge ou par un travail personnel de documentation. Il aura enfin contribué, et ce n'est pas un mince mérite, à faire de l'étude de l'enfant la base même des efforts propres à l'instruire. Il a habitué à le regarder faire. Il a rappelé les maîtres à la seule réalité dont ils ont à tenir compte.

...Une mort prématurée laisse l'œuvre inachevée. Du moins Decroly aura-t-il donné un élan qui continuera. Sa perte aura été douloureusement ressentie dans le monde entier. D'autres diront sa vie tout à loisir et résumeront plus longuement son œuvre. Que nos amis belges veuillent bien seulement trouver ici aujourd'hui l'un des multiples témoignages d'admiration dont la Belgique aura été de nouveau l'objet à l'occasion d'un de ses enfants.

Th. Simon,
Président de la Soc. A. Binet.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé).* — 44.929

Tome II. — N° 4 Novembre 1932

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LA DÉMENCE PRÉCOCE EST-ELLE D'ORIGINE TUBERCULEUSE ?

Inoculations. Les lésions provoquées

PAR

F. D'HOLLANDER et ROUVROY

Dans plusieurs communications antérieures nous avons exposé les résultats de nos premières constatations. Le 28 mai 1932 à la Société Belge de Biologie, et en juin à la Société Belge de Neurologie, nous lûmes une communication préliminaire. En juillet 1932 au Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des pays de langue française à Limoges, nous eûmes l'occasion de relater les résultats plus avancés de nos travaux. Enfin, en septembre 1932, à Gand, au Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, nous avons présenté les clichés de quelques types de lésions bien définies, en les accompagnant d'une courte indication relative aux conditions d'expérimentation.

Depuis lors nous avons continué nos recherches ; en attendant que nous puissions publier les protocoles détaillés, voici le résumé de l'ensemble des résultats obtenus à ce jour.

Technique

Comme nous l'avons dit antérieurement, le début de nos travaux remonte au 2 février 1930. Les tâtonnements inévitables du début, furent suivis rapidement de résultats encourageants ; par la suite nous avons entrepris des inoculations sur une plus grande échelle, elles sont encore en cours en ce moment.

Le liquide céphalo-rachidien du malade est recueilli aseptiquement dans une seringue stérilisée au préalable ; il est injecté immédiatement à des cobayes adultes ; au début nous avons aussi inoculé quelques pigeons ; maintenant nous nous en tenons au cobaye.

En moyenne, nous injectons 5 à 6 cc.^{3} de liquide ; quelquefois 8 cc.^{3} ; au début nous empruntions la voie intrapéritonéale ; par la suite, nous avons injecté seulement par la voie sous-cutanée, dans la région du flanc. Pour une seule malade (n° 3) nous avons aussi inoculé quelques cobayes avec du sang ; pour une autre avec la matière cérébrale. Afin de ne pas nous encombrer par un matériel expérimental trop abondant ; afin aussi de pouvoir inoculer un grand nombre d'animaux ; de pouvoir pour un même malade répéter les essais et multiplier les passages, nous avons limité nos recherches à un lot de 12 malades de notre Institut de Louvain.

Les malades

Ce sont toutes malades (1) atteintes de démence précoce classique, du type Morel, au diagnostic confirmé par une observation prolongée dans notre Institut, sans complication par une maladie intercurrente ; et notamment sans tuberculose cliniquement apparente, sauf deux malades (les n^{os} 9 et 10) qui sont mortes ; leur autopsie a confirmé le diagnostic de tuberculose pulmonaire pour l'une (n° 9) et de tuberculose abdominale pour l'autre (n° 10), posé durant la vie ; à l'autopsie, le cerveau de ces deux malades ne présentait pas de lésions à retenir. (Du n° 9 nous avons inoculé à un cobaye, une émulsion de la matière cérébrale). Une 3^e malade (le n° 2) est morte dans le marasme, sans qu'on ait pu déterminer la cause du décès ; l'autopsie a été refusée.

Deux malades (n^{os} 4 et 5) sont sorties sans changement dans leur état. Une autre malade (n° 12) est sortie, en rémission.

(1) Les numéros d'ordre sont ceux que nous avons adoptés dans nos articles précédents.

Six malades restent en vie à l'Institut ; l'évolution de leur maladie continue de la manière classique.

Les cobayes

Depuis notre dernière communication, à Gand, le nombre des résultats positifs obtenus a encore augmenté, pour la raison que le nombre de cobayes inoculés qui ont été étudiés au microscope est quasi au complet maintenant.

A ce jour, nous avons inoculé 73 cobayes. De ce nombre il faut écarter : 5 cobayes qui ont servi à des essais préliminaires ; 8 cobayes qui ont été inoculés avec des produits de tuberculose cérébrale classique (un tubercule solitaire et une méningite tuberculeuse observés et autopsiés à notre Institut), à titre exemplatif et comparatif ; et 4 cobayes qui sont encore en observation.

Ces quatre derniers cobayes sont des 8e passages, tirés des malades n° 3, n° 6 et n° 7 ; ils ont été inoculés depuis à peu près 5 mois et restent en vie.

Il nous reste ainsi 56 cobayes qui doivent être pris en considération. Au fur et à mesure que nous avançons dans nos travaux, nous nous sommes rendus à l'évidence, surtout en ces derniers temps, que le dépistage des lésions que nous recherchions ne peut se faire d'une façon sûre que par l'examen au microscope des organes prélevés sur les animaux inoculés ; la seule nécropsie ne suffit pas pour nier leur existence ; des lésions frustes ou situées profondément échapperont à l'examen à l'œil nu. Dans cet ordre d'idées, nous écartons encore 9 cobayes, dont la nécropsie n'a rien révélé et dont il n'a pas été fait de prélèvement d'organes.

En fin de compte, il nous reste 47 cobayes inoculés, dont nous avons étudié, au point de vue histologique, la structure de leurs principaux organes : poumons, foie, rate, pancréas, reins, surrénale, ganglions.

Dans nos articles précédents, nous avons donné le relevé complet des lésions macroscopiques et microscopiques d'un grand nombre de ces cobayes ; nos dernières constatations confirment, d'une manière constante, ce que nous avons décrit alors; nous ne nous répéterons pas ici. Nous nous contenterons de résumer brièvement les lésions que nous avons observées.

Nature des lésions et localisation

Dans le poumon, les lésions sont constantes et typiques. Dans la rate, elles sont constantes aussi, mais moins caractéristiques ; la rate, dans plusieurs cas, est fortement hypertrophiée, d'un tiers et de la moitié de son volume (cas N° 3 et cas N° 4, N° 6 et N° 7, au 6e et au 7e passage), elle présente habituellement de grosses adhérences. Dans le foie, les lésions sont quasi- constantes ; elles sont fréquentes dans le péritoine et le pancréas, moins dans les reins ; à part une certaine hypertrophie, elles sont rares dans les ganglions, on peut cependant y trouver de belles cellules géantes (cas N° 7).

Dans le *poumon*, ce sont : l'alvéolite exsudative, soit diffuse, soit massive, avec ou sans jeunes cellules géantes intraalvéolaires ; ce sont aussi des nodules lymphoïdes, gros et nombreux, et disséminés ; exceptionnellement, se trouvent des lésions nodulaires du type folliculaire vrai (cas N° 1), présentant alors tous les caractères du nodule folliculaire classique : barrière conjonctive, couronne lymphoïde, centre épithéloïde, masse centrale caséifiée, et cellules géantes ; l'on trouve encore des nodules se rapprochant du type folliculaire, à texture lympho-épithéloïde, sans cellules géantes, avec ou sans nécrose coagulante centrale.

Dans la *rate*, on trouve la pulpite ; la fonte ou la sclérose marginale des glomerules de Malpighi ; l'épithélisation du centre de ceux-ci, des cordons de cellules épithéloïdes (cas N° 5) ; des adhérences, les unes scléreuses, d'autres à tissu embryonnaire épithéloïdo-giganto-cellulaire ; aussi de vrais nodules folliculaires avec leur texture typique, notamment des cellules géantes et du caseum (cas N° 4). Aussi des scléroses.

Dans le *foie :* à côté d'infiltrations lymphoïdes discrètes, il se trouve aussi des nodules lymphoïdes multiples et volumineux (cas N° 5) ; même un nodule du type folliculaire, à centre épithéloïde et couronne lymphoïde (cas N° 6) ; encore des hémorragies, des nécroses, des scléroses ; comme dans la rate, de riches adhérences (cas N° 6, 6e passage ; cas N° 7, 7e passage) du type épithéloïdo-giganto-cellulaire.

Dans le *pancréas*, se retrouvent ces adhérences ; aussi des nodules lymphoïdes interstitiels ; d'autres nodules se rapprochent du type folliculaire ; l'on trouve aussi la dégénérescence graisseuse massive, et la sclérose.

Dans le *rein :* des infiltrations discrètes, parfois de tout petits nodules lymphoïdes ; une fois, nous avons vu la nécrose totale d'un rein.

Dans la *surrénale,* nous avons vu, une fois, un gros foyer inflammatoire (cas N° 3, au 6e passage).

Dans le *péritoine :* des lésions de péritonite nodulaire et adhésive à texture épithéloïdo-giganto-cellulaire ; aussi des localisations nodulaires du type folliculaire classique (cas N° 2).

Chez quatre cobayes (cas N° 3 et N° 6), nous avons obtenu des collections importantes de caseum, après plusieurs passages ; même au 2e passage.

Intensité des lésions

L'intensité des lésions que nous avons provoquées, varie suivant les expériences ; la plus forte généralisation, avec caséum et grosse hypertrophie de la rate, a été obtenue après les 6es et 7es passages dès les 5e passages (cas n° 3, 6 et 7). Le cas n° 4, dès le premier passage, après 70 jours, nous a donné des nodules folliculaires dans la rate, à structure classique avec cellules épithéloïdes, cellules géantes, caséum et de nombreux bacilles acido-résistants.

Temps de survie

Le temps de survie des animaux ne permet pas de conclusion, quant à l'intensité des lésions : un mois, deux mois donnent de belles lésions, cependant, après 10 à 15 jours et même après moins de temps, l'on obtient déjà des lésions typiques, suffisamment convaincantes.

Inoculabilité en série

Il ressort clairement de nos expériences que les lésions sont inoculables en série chez le cobaye ; pour les cas N° 3, N° 6 et N° 7, nous possédons les résultats microscopiques positifs jusqu'au 7e passage ; pour le cas N° 2, dans deux passages.

Bacilles de Koch

Nous avons trouvé des bacilles de Koch, dans le cas N° 4 en grande quantité, sur coupes et en frottis, dans le caséum et dans les tissus, notamment dans une cellule géante. Dans le cas N° 2, nous avons vu quatre bacilles de Koch dans un frottis. Dans le cas N° 6, nous avons décelé un seul bacille dans un frottis ; dans le cas n° 7, plusieurs bacilles dans les coupes de la rate. Ailleurs,

malgré des examens répétés, dans les frottis et dans les coupes, nous n'avons pu en découvrir.

Les meilleurs auteurs, par exemple Bezançon (1), reconnaissent qu'il est difficile d'expliquer la pauvreté en bacilles de certains produits pathologiques facilement inoculables.

C'est précisément l'incertitude de la recherche directe du bacille de Koch, et aussi la carence de la nécropsie limitée au seul examen macroscopique, qui nous ont fait recourir à l'examen histologique des organes des animaux en expérience, pour arriver à connaître la nature des lésions que nous provoquions.

Identification des lésions

Ce sont les belles études de F. Bezançon et de son élève J. Delarue, sur la « *Granulie et la granulation tuberculeuse* » (2), et sur les « *Granulies pulmonaires* » (3), qui nous ont servi de guide dans nos recherches histopathologiques. A suivre les descriptions de ces auteurs, à examiner leurs dessins, nous y avons retrouvé sans peine les lésions que nous observons dans nos coupes d'organes. Ce qu'ils disent des lésions qu'ils obtiennent s'applique mot à mot aux images que nous avons trouvées ; certaines images sont frappantes de ressemblance.

Afin de mieux nous convaincre de la réalité de ces ressemblances, nous avons procédé, à titre comparatif, à l'inoculation d'une dizaine de cobayes avec des produits humains, dont la nature tuberculeuse est incontestable.

Ce produit d'inoculation provient notamment d'un tubercule solitaire du cerveau ; un second produit fut prélevé d'une méningite tuberculeuse ; les deux cas furent observés, autopsiés et diagnostiqués au microscope par nous-mêmes ; enfin, un troisième produit a été fourni par une tuberculose abdominale, confirmée et inoculée par mon ami, M. Bruynoghe, professeur de Bactériologie à Louvain.

En outre, les préparations du Dr M. Appelmans (4), relatives à la « *tuberculose oculaire sous-conjonctivale expérimentale* » chez le lapin, nous ont été des plus précieuses, dans ces études comparatives.

(1) Bezançon et Philibert. — Le bacille tuberculeux. Etude biologique et expérimentale. *Paris Médical*, 2 janv. 1932.

(2) *Presse Médicale*, 15 mars 1930.

(3) J. Delarue. — *Les formes anatomo-cliniques des granules pulmonaires*. Masson et Cie.

(4) *Revue belge des sciences médicales*. — Mars 1932. Travail du Lab. d'anatomie pathologique (Prof. Maisin) à Louvain.

Comparaisons avec tubercule solitaire

Les lésions provenant du tubercule solitaire sont analogues à celles que nous provoquons chez nos cobayes, par l'injection de liquide rachidien, démence précoce ; les nodules folliculaires et le caséum sont l'exception. Dans les poumons, l'analogie est frappante ; ce sont des lésions d'alvéolite de degré variable, sans cellules géantes, et le plus souvent sans cellules épithéloïdes, sauf de rares nids ; les formations nodulaires sont l'exception; un seul nodule folliculaire à bacilles dans le poumon, et un seul follicule caséeux et bacillifère dans le pancréas. Dans leur ensemble, l'histologie de ces lésions d'origine tuberculeuse certaine, est moins typique, par certains côtés, que les lésions que nous obtenons avec la démence précoce. A l'autopsie, d'ailleurs, la plupart de ces expériences n'ont donné que des localisations peu marquées.

Avec méningite tuberculeuse

Au lieu d'un produit de tuberculose cérébrale chronique, si nous injectons un produit de méningite tuberculeuse, nous obtenons alors : des ganglions, du caséum, des lésions très prononcées du poumon, du foie, de la rate. Cependant, les lésions microscopiques ne diffèrent pas de nos cas-démence précoce.

Avec tuberculose abdominale

Avec du matériel de tuberculose abdominale, nous arrivons à des lésions classiques, genre Villemin, — même après un mois seulement — avec chancre d'inoculation et ganglions témoins. Les lésions microscopiques restent toujours les mêmes, mises à part leur intensité, et l'abondance des bacilles et du caséum. Cependant, nous n'y avons pas trouvé de cellules géantes ; sous ce dernier rapport, au point de vue histologique, nos cobayes-démence précoce donnent des résultats plus typiques ; puisque dans un grand nombre de nos essais, nous trouvons des cellules géantes.

Enfin, avec une injection de culture pure de bacilles de Koch, extraits du sang de nos démences précoces, nous obtenons des lésions massives, à évolution classique, parfois rapide.

Ces essais comparatifs sont des plus instructifs ; ils nous montrent que les tuberculoses expérimentales évoluent d'une manière fort variable. Ces différences dans la violence et la gra-

vité des lésions, suivant le produit utilisé — chronique ou aigu, émulsion d'organes ou culture de bacilles — peuvent-elles s'expliquer par une différence de virulence des germes en cause ? ou bien par la quantité de bacilles injectés ? Cette question dépasse notre compétence. Suivant les opinions les plus courantes, ce serait la seconde explication qui prévaudrait.

Type des lésions

En ce qui concerne le type des lésions que l'on rencontre dans la tuberculose, nous savons que l'on est revenu de cette conception première, qui ne voulait admettre comme tuberculeuses que les lésions à structure classique de follicule. Nous savons maintenant (voir par exemple Bezançon et Delarue) que la tuberculose, au point de vue histologique, peut se présenter sous les aspects les plus atypiques ; sans texture classique, sans cellules géantes, par exemple. Nous n'insistons pas. Les belles recherches de M. Appelmans, citées plus haut, nous en fournissent encore la démonstration évidente ; l'on n'y voit aucun follicule typique ; rien que des nodules épithéloïdes et lymphoïdes, dont le centre peut se nécroser et donner du caséum.

Certes la tuberculose expérimentale que nous provoquons offre une évolution qui diffère de celle de la tuberculose expérimentale classique type Villemin. Elle ne présente que très rarement (2 cas) le chancre d'inoculation et les ganglions témoins. Son évolution est leute ; il faut généralement plusieurs passages pour voir s'intensifier les lésions ; quoiqu'il puisse arriver (cas n° 4), dès le premier passage, que le résultat soit indiscutablement positif et bacillifère. L'évolution est aussi apparemment bénigne ; très rarement nous voyons mourir nos animaux inoculés ; mais à ce sujet nous réservons nos conclusions ; cependant, les lésions présentent une forte tendance à la sclérose, par exemple les follicules sclérosés dans la rate du cas n° 4, et la sclérose massive d'un poumon du cas n° 7.

Enfin, dernier caractère de nos lésions, l'atteinte est avant tout viscérale, plus viscérale que ganglionnaire.

Relevé des cas positifs

Comme nous l'avons dit en débutant, nous possédons à ce jour le protocole microscopique de 47 cobayes qui ont été inoculés.

De ces 47 cobayes, 43 d'entre eux présentent les lésions que nous avons exposées plus haut, et que nous considérons comme

étant d'origine tuberculeuse ; de l'histologie de 3 cobayes, on ne peut rien conclure ; un cas est douteux.

Dans le lot des 12 malades utilisés, 11 malades présentent dans leurs cobayes respectifs, des lésions tuberculeuses ; pour le 12e malade, les résultats doivent être considérés — faute d'examen microscopique et de nouvelle inoculation — comme négatifs.

Voici les cobayes classés d'après les malades auxquels ils ressortent avec les résultats :

Cas n° 1 : un cobaye +.

Cas n° 2 : trois cobayes, dont un passage ; tous +.

Cas n° 3 : deux cobayes ; 3e passage + et 5e passage — d'une injection de sang ; deux cobayes injectés de liquide, les deux + ; en outre 6 cobayes de passage, jusqu'au 7e passage ; les 6 sont +.

Cas n° 4 : un cobaye +.

Cas n° 5 : un pigeon +.

Cas n° 6 : une double série de 7 passages ; les 14 sont +.

Cas n° 7 : sept cobayes ; en série jusqu'au 7e passage ; tous +.

Cas n° 8 : trois cobayes inoculés ; 2 sont +, un est —.

Cas n° 9 : un cobaye +.

Cas n° 10 : un cobaye +.

Cas n° 11 : deux cobayes inoculés, un +, un —.

Cas n° 12 : deux cobayes, pas d'examen microscopique ; deux —.

Le grand nombre d'inoculations pratiquées, la répétition des essais pour plusieurs malades, les inoculations en double série, les nombreux passages, le pourcentage élevé de malades — 11 cas sur 12 — qui ont fourni des résultats positifs, nous paraissent des conditions d'expérimentation qui nous mettent suffisamment à l'abri des erreurs.

La question de savoir si la tuberculose joue un rôle dans l'étiologie de la démence précoce, est un de ces problèmes anciens que l'on pose souvent, mais que l'on ne résout jamais.

Les psychiatres sont d'accord pour admettre la grande fréquence de la tuberculose chez les déments précoces ; plusieurs auteurs l'ont signalée, quelques-uns en s'appuyant sur des statistiques impressionnantes. L'unanimité est acquise aussi pour l'hérédité tuberculeuse que l'on trouve si souvent dans les antécédents familiaux de ces malades.

En ce qui concerne le rapport causal tuberculose — démence précoce, les avis sont partagés. Les uns — c'est la majorité — n'attachent au fait tuberculeux aucune importation étiologique ; épi-

phénomène, selon eux, dont l'origine s'expliquerait par les carences alimentaires, par l'adynamie organique, et la mauvaise hygiène.

D'autres se sont posé carrément le problème étiologique ; ils l'ont étudié de près, et cherché à établir sa réalité par des arguments cliniques suggestifs.

C'est ainsi que H. Claude et H. Baruk (1) en 1930, dans la production du syndrome catatonique, ont fait ressortir le rôle de la toxi-infection lente, torpide, notamment de la cachexie tuberculeuse ; ils rappellent que Rose, Vigouroux et Naudascher, Dide, Gosline, Wolfer et Truelle (2) se sont aussi occupés du problème de la tuberculose toxique ; celle-ci jouerait un rôle important dans l'étiologie de certains cas de démence précoce catatonique. La réaction de Vernes n'a donné que des résultats négatifs. Vié, avec la réaction de Besredka, n'a obtenu que des résultats variables.

Privat de Fortunié et Geney (3) ont insisté surtout sur le rôle prédisposant de la tuberculose. Toulouse (4), d'une façon générale, pour l'étiologie des psychopathies. Déjà, en 1914, à la Société Médico-Psychologique, Leroy avait parlé dans un sens analogue.

Enfin, le problème n'avait pas échappé à la sagacité de celui qui, le premier, a isolé nettement la démence précoce, à Morel.

Hémocultures

Dans ces derniers temps, le problème étiologique a surgi à nouveau avec les nouvelles conceptions sur le virus de la tuberculose. Récemment, le Professeur Lœwenstein, de Vienne, bien connu par ses recherches sur la présence du bacille de Koch dans le sang de quelques déments précoces, a bien voulu rechercher le bacille dans le sang de quelques déments précoces de mon Institut. Sur 30 échantillons de sang que je lui ai envoyés, il a trouvé le bacille de Koch dans le sang de 10 malades. Trois des cultures tirées du sang de nos démences précoces — apparemment non tuberculeuses — que M. Lœwenstein a mises à notre disposition, ont été contrôlées à Louvain avec la collaboration

(1) Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la Tuberculose. *Paris Médical*, 27 décembre 1930.

(2) Voir leur relevé bibliographique.

(3) Tuberculose et démence précoce. — *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*. Lille 1930.

(4) La Tuberculose et la psychopathie. *Revue d'hygiène*, 1930.

de mon ami Bruynoghe ; plusieurs inoculations au cobaye, au lapin et au pigeon, établissent qu'il s'agit bien de bacilles de Koch du type humain. Une hémoculture contrôle faite par M. Bruynoghe sur les trois démences précoces dont M. Lœwenstein avait extrait ces trois cultures, citées plus haut, ont donné : pour deux malades, des granules acido-résistants et des bacilles au premier ensemencement ; pour la troisième malade, le résultat après repiquage est positif également. Les inoculations au cobaye ont montré qu'il s'agit bien du bacille de Koch, type humain.

En ce qui concerne les 12 malades qui ont servi à nos propres recherches, neuf ont fait l'objet d'une hémoculture par Lœwenstein ; voici les résultats : trois sont positifs (cas n° 2, 7 et 8) ; six sont négatifs (cas n°s 1, 3, 5, 6, 11, 12) ; les n°s 4, 9, 10 n'ont pas été faits.

Bibliographie

Avant nous, les seuls chercheurs qui aient abordé, avec succès, le problème tuberculose-démence précoce, selon les disciplines de la Médecine expérimentale, sont Toulouse, Valtis, Schiff et Van Deinse (1) ; à ce moment, nous avions enregistré déjà la grande partie de nos résultats.

Ces auteurs, après injection du liquide céphalo-rachidien au cobaye et passages, ont trouvé, dans un cas de démence précoce chargé héréditairement et personnellement de tuberculose, plusieurs bacilles acido-résistants caractéristiques, qui, selon eux, présentaient les caractères morphologiques et les dispositions en amas, observés chez les bacilles issus de l'ultravirus tuberculeux. Ce cas est resté isolé dans la littérature.

Depuis la publication de nos propres recherches, deux articles sont venus confirmer la présence du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de quelques cas de démence précoce.

Le premier est de Baruk, Bidermann et Albane (2). Ils ont opéré sur trois déments précoces atteints de tuberculose ; pour deux de ces malades, par l'injection de liquide céphalo-rachidien, ils ont produit une réaction locale au point d'inoculation qui fait penser au phénomène de Koch. L'injection de liquide céphalo-

(1) Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. Soc. de Biologie, 18 avril 1932.

(2) Tuberculose et démence précoce. — Réactions allergiques et encéphalite toxique. Recherches biologiques et expérimentales. *Paris Médical*, 27 août 1932.

rachidien provenant d'un tuberculeux non mental n'a pas produit le phénomène.

Ces auteurs n'ont pas signalé nos travaux.

A. Puca (1) a mis en évidence des granules acido-résistants et des bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. Sur 47 malades, 7 cas positifs par inoculation intraganglionnaire et 3 cas positifs par la méthode du péritoine préparé au phosphate de calcium. Tous ces malades étaient exempts de lésions tuberculeuses.

Si nous comparons les chiffres obtenus par cet auteur au moyen de la voie du péritoine aux nôtres obtenus par la voie péritonéale ou la voie sous-cutanée (car la méthode intraganglionnaire paraît plus sensible), nous voyons que nos chiffres sont supérieurs à ceux de Puca ; nous avons obtenu des bacilles acido-résistants dans 4 cas sur 12 malades examinés.

Enfin, le mois passé, MM. Abély et Couléon ont relaté leurs recherches sur le phénomène de Koch, pour 12 déments précoces. Avec le sang, ils ont obtenu le chancre tuberculeux dans 6 cas sur 12 ; avec le liquide céphalo-rachidien, les résultats furent totalement négatifs.

Conclusions

De nos recherches nous pouvons conclure que le virus de la tuberculose se trouve dans le liquide céphalo-rachidien de certains cas de démence précoce.

Malgré le nombre élevé de cas positifs que nous avons obtenus (11 sur 12), nous estimons que l'on ne peut étendre la conclusion à tous les cas de démence précoce ; seules de grandes séries d'inoculations donneront la réponse à ce problème.

La question que nous devons nous poser maintenant est celle de savoir si la présence du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien est la preuve indiscutable de l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

Les esprits sceptiques nous objecteront que le virus tuberculeux dont nous révélons l'existence dans le liquide pourrait bien n'être qu'à ranger dans les « microbes de sortie » d'une tuberculose-épiphénomène, à l'égal des bacilles que l'on peut extraire du sang.

A ceci, nous répondrons que nous ne comprenons pas, dans l'état actuel de nos conceptions cliniques et biologiques, que le

(1) Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de démence précoce. *Soc. de Biologie,* 15 oct. 1932.

virus tuberculeux puisse exister dans le liquide céphalo-rachidien, sans exercer des dommages dans le système nerveux central par les toxines qu'il sécrète et par les lésions qu'il provoque ; à moins que notre liquide ne possède des moyens de neutralisation ignorée jusqu'à présent ou bien que le virus ne s'y trouve sous une forme inconnue à ce jour.

A ce propos, nous rappelons les lésions de méningo-encéphalite chronique généralisée, que nous avons décrites (1) dans les cerveaux de quelques déments précoces (9 cas positifs sur 9 examens). Ces lésions rappellent les formes atypiques de tuberculose méningée non-folliculaire de Landouzy et Gougerot.

Au surplus, c'est non seulement avec du liquide céphalo-rachidien que nous avons obtenu des lésions tuberculeuses chez le cobaye, nous les obtenons également quand nous injectons une émulsion de matière cérébrale, comme nous eûmes l'occasion de le faire dans le cas n° 9.

Cette expérience nous prouve que le virus se trouve aussi dans le cerveau ; et de la sorte nous nous rapprochons de plus en plus de la solution du problème des rapports entre la tuberculose et la démence précoce.

Nous continuons nos recherches sur un nouveau plan, dans l'espoir que les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici se confirmeront pour de plus grandes séries de malades.

(1) Septembre 1929 et septembre 1930, *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique.*

L'EFFET STÉRÉOSCOPIQUE ET EN GÉNÉRAL LES « EFFETS » PSYCHIQUES

PAR

REVAULT D'ALLONNES

Le phénomène si curieux, si paradoxal appelé « effet stéréoscopique », n'est pas isolé. Un grand nombre d'opérations chez le normal, un grand nombre d'accidents chez le malade mental sont des « effets » plus ou moins analogues, ils offrent à celui qui subit « l'effet », le même caractère d'évidence saisissante, ils présentent à notre observation, si nous ne savons pas y reconnaître des phénomènes d' « effet », la même mystérieuse obscurité. L'explication de l'effet stéréoscopique, nous allons le voir, s'impose d'elle-même. Un fait essentiel s'en dégage, l'existence d'amalgames psycho-sensoriels hétérogènes et, d'une manière plus générale, l'existence d'amalgames psychiques hétérogènes. Sans difficulté s'expliquent de même les autres phénomènes normaux d' « effet », et, à leur tour, les phénomènes psycho-pathologiques d' « effet », parmi lesquels l'hallucination et la conviction délirante.

Quel est le mécanisme de l'effet stéréoscopique ?

Si l'on regarde dans un stéréoscope, l' « effet » ne se produit pas tout de suite, il réclame un temps assez long ; une fois produit, il cesse tout à coup, et il faut le rechercher à nouveau, parce que l'on est placé dans des conditions de vision un peu difficiles. Les deux réceptions monoculaires plates fusionnent en un unique *aperçu* de relief, de profondeur, de distance, de perspective, grâce à une conjugaison particulière des yeux et à une disposition particulière de l'attention.

La même chose se produit, avec moins de difficulté, chaque fois que, à l'œil nu, nous apercevons le relief, la profondeur, la distance, la perspective.

Cet « effet optique » nécessite, en premier lieu, une adapta-

tion réciproque des deux organes l'un à l'autre en même temps que leur adaptation aux objets, par une exacte régulation de l'ouverture des pupilles, de la courbure des cristallins, de l'angulation des axes oculaires.

Il exige, en second lieu, un phénomène de sélection qui donne plus d'importance à certaines parties des perceptions, moins d'importance à d'autres parties. Regardez à l'œil nu un damier noir et blanc. Il peut se produire, — et aussi vous pouvez aider à se produire — divers effets optiques : prélèvement de l'ensemble des carrés noirs comme « objet », comme si cette espèce de grille reposait sur un « fond » blanc ; — prélèvement inverse de l'ensemble des carrés blancs comme « objet » formant une grille sur fond noir ; — prélèvement de « dispositifs », de « motifs » avec des éléments noirs sur fond blanc, ou blancs sur fond noir: travées parallèles horizontales; verticales; obliques dans une direction ; obliques en sens opposé ; combinaisons en croix, en X, en losanges, etc...

Cette sélection est-elle toute psychique, ou rétinienne en temps que psychique ?

Il est certain que les influences psychiques modifient l'acuité rétinienne globale : elle est aiguisée par l'attente, elle est émoussée par l'inattention et aussi par la réflexion intérieure. Il n'est pas certain, mais il n'est pas impossible que dans la production des effets optiques l'orientation élective de l'attention accroisse l'acuité de la sensibilité et la diminue en différentes régions des rétines. Cette question est d'ailleurs secondaire. En tous cas une sélection existe dans les « effets » optiques et en particulier dans la stéréoscopie binoculaire. Lorqu'un des yeux est aveuglé, il subsiste un certain degré de stéréoscopie monoculaire attribuable à cette sélection, qu'elle soit ou non entièrement psychique.

Les conditions physiologiques des « effets » psycho-sensoriels sont moins accessibles quand il s'agit des effets acoustiques, des effets tactiles, des effets gustatifs-tactiles et gustatifs-olfactifs. Il est du moins admissible que *mutatis mutandis* les « effets » de ces différents ordres reposent aussi sur des sélections, des ajustements et des fusions psycho-physiologiques. On ne saurait autrement comprendre le saisissant caractère quasi matériel et non pas imaginaire de l' « effet ».

Sous le nom d' « éducation de la vue par le toucher » les psychologues anglais, Berkeley et ses successeurs, ont exploré un cas typique du phénomène que nous appelons « effet psycho-sensoriel ». Ces auteurs conservent malheureusement une terminologie insuffisante ; ils ne parlent que d' « association » et

qui pis est d'association d' « idées ». Bien entendu, on peut rendre ces termes tolérables, en leur attribuant une signification subtile tolérable ; mais le mieux est de les écarter. Ces auteurs ne peuvent eux-mêmes s'empêcher, d'accord en cela avec le langage commun, de marquer ce qu'il y a de singulièrement fusionné et substitué (plutôt qu' « associé ») dans les « effets » ; avec raison, usant de locutions qui dépassent l' « idée » de l' « l'association », ils disent avec tout le monde que nous en arrivons à *voir du tangible,* que nous *voyons le relief, la profondeur, la distance,* et non pas que nous les imaginons, ou que nous les concluons. « Nous voyons » est l'expression convenable, la seule qui corresponde à la véritable fusion des perceptions, à l'instantanéité de l' « effet », à l'espèce de suppléance d'un sens par un autre, à l'impression que nous avons d'une activité vicariante du sens suppléant.

Avant d'aller plus loin, il est indispensable d'insister sur la signification très particulière que prend ici cette expression « nous voyons ». Tant que la fusion des réceptions monoculaires n'est pas accomplie, le verbe « voir » conserve son sens propre, non paradoxal, nous voyons du visuel. Mais aussitôt l'« effet » produit, le mot « voir » acquiert une signification nouvelle et paradoxale ; en même temps que du visuel, voici que nous voyons du tangible. Pour éviter l'amphibologie et la confusion, pour marquer cette différence si importante, on pourrait user de deux locutions distinctes, fournies opportunément par le vocabulaire courant, car il s'en faut que la distinction entre le strictement vu et le vu par procuration ait échappé à l'observation commune. Les termes propres sont *percevoir* pour le premier cas, et pour le second *apercevoir.* Dès lors, à parler avec rigueur, comme il convient en une matière délicate, nous percevons deux réceptions rétiniennes non fusionnées, et ensuite, aussitôt qu'elles sont fusionnées, nous apercevons le relief, la profondeur, la distance, la perspective, qui sont des mixtes visuels-tangibles. Le *perçu* oculaire est uniquement visuel ; ensuite, il est élaboré en *aperçus* visuels-tangibles. Ou, si l'on préfère user de substantifs, les *perceptions* visuelles (on dit aussi les *percepts* visuels) sont uniquement visuelles ; ensuite, une élaboration psycho-sensorielle les transforme en *aperceptions* visuelles-tangibles. D'une manière générale, tous les mixtes psycho-sensoriels, tous les mixtes psychiques, amalgames d'hétérogènes, peuvent avantageusement être rangés sous l'étiquette d' « aperceptions ».

Si l'on essaie de dresser une liste des faits de ce genre, on y doit faire figurer d'autres sens que la vue et le toucher.

« EFFETS » PSYCHO-SENSORIELS

« NOUS VOYONS », c'est-à-dire nous apercevons quasi-visuellement :

le relief, la profondeur, la distance, la perspective ;
le rugueux, le poli, le mou, le dur, le raide, le flexible ;
le froid d'un glaçon, la chaleur d'un fer rouge ;
la saveur du sucre, du sel, du poivre, de la moutarde, du vinaigre, d'un citron, d'une orange, etc. ;
le parfum d'un bouquet d'œillets, de jasmins ;
le grincement d'une crécelle au repos, d'une râclette à pierre-de-taille ;
le maniement possible d'un outil, d'un objet usuel ;
le danger d'une pointe aiguë, d'une lame de rasoir ;
le mode et le champ d'action des pièces sur l'échiquier.

« NOUS ENTENDONS », c'est-à-dire nous apercevons quasi-auditivement :

la hauteur d'une voûte, le moelleux d'une tenture, la profondeur d'un puits ;
la proximité ou l'éloignement d'un appel, d'un bruit ;
le sexe, la physionomie du personnage invisible qui crie, parle, chante ;
la personne connue dont nous percevons les pas ou la voix ;
la légèreté et la pesanteur, et souvent la nature d'un objet qui tombe ;
quelque chose de la structure d'un objet qui fait du bruit : creux, plein, en bois, en métal, en verre, en papier ;
souvent la nature même de l'objet qui fait du bruit : casserole, pelle, pincette, clefs, règle, crayon, timbale, verre à boire, assiette, charrette, cheval, moteur, machine à coudre, machine à écrire ; gouttes, liquide versé, robinet qui coule ;
l'action productrice du son : froisser, gratter, secouer, frapper, déchirer, plier.

« NOUS GOUTONS », c'est-à-dire nous apercevons quasi-gustativement :

le lisse, le grenu, le mou, le dur, le rigide, le flexible, le friable, le fondant, le sec, l'humide, le froid, le tiède, le chaud ;
le fumet (qui en réalité est exclusivement olfactif).

Si nette est la différence de qualités entre les données strictement perceptives de nos divers sens spécialisés, que nous ne sommes pas étonnés si l'on en fait une différence de nature, et si l'on distingue un monde de la vue, un monde du toucher, un monde sonore, un monde olfactif. Mais un seul monde est aperçu par la fusion des stricts perçus en mixtes synthétiques, par

l'amalgame d'hétérogènes. A mesure qu'il s'agit d'hétérogénéités psychiques, non pas moindres que celles des sens spéciaux, mais d'apparence moins corporelle, à mesure les fusions deviennent encore plus faciles, les substitutions et suppléances sont plus fréquentes, les équivalences semblent plus naturelles.

Dans les « effets » psycho-sensoriels, l'incorporation au perçu strict de certaines connaissances d'un autre ordre qui ne sont pas actuellement perçues est si étroite, qu'elle met ces compléments induits sur le même rang que le perçu. Un joueur d'échecs ne peut pas plus s'empêcher de « voir » (plus exactement d'apercevoir) les puissances des pièces, qu'il ne peut s'empêcher de voir les pièces. De même, nous ne pouvons nous empêcher d'apercevoir le couteau comme tranchant, le marteau comme lourd, d' « entendre » une voix comme lointaine, de « voir » un citron comme acide.

Certains compléments incorporables aux réceptions sont présentifiés dans les aperceptions des compétents, absents de celles des incompétents : tel est le cas des puissances des pièces d'échecs. C'est aussi le cas des connaissances de commune pratique. Celui qui n'aurait jamais goûté un citron ne l'apercevrait pas comme acide. Un chien possède des aperceptions olfactives que nous n'avons pas, mais il n'a pas les aperceptions de manipulation que les mains nous ont procurées. Un enfant est satisfait du simulacre en papier d'un avion, il veut fabriquer une chaudière avec une boîte de fer-blanc, il n'est pas comme nous optiquement choqué de l'insuffisante résistance aux pressions, sa vision est vide des composantes de poids au repos, de poids en mouvement, etc., dont la nôtre est enrichie, et qui, pour nous, font partie intégrante de l' « effet optique ».

Il existe un nombre immense d' « effets » comparables, *mutatis mutandis,* avec l'effet stéréoscopique. Tout le monde est d'accord pour reconnaître, dans les illusions normales et pathologiques des phénomènes d' « effet » : devant la chose qui prête à l'illusion, tantôt l'effet ne se produit pas, et alors, rien ne s'ajoute au perçu ; tantôt l'effet se produit, et aussitôt, on aperçoit bien autre chose que le perçu. Sous le nom de *synesthésies,* on a souvent étudié certains phénomènes d'effet comme l'audition colorée, particuliers à un nombre restreint d'individus, et par là, sinon en marge du normal, du moins étrangers à la moyenne.

Tant que l'on piétine sur le sol prosaïque du strict perçu et de la stricte association, chaque chose n'a que sa valeur propre, qu'il est relativement facile de mesurer, de faire contrôler et

accepter par autrui. On peut aussi discuter des « effets » de longueurs et de poids, car, entre les aperçus plus ou moins fantaisistes, on peut prendre pour arbitres le mètre et la balance. Où l'incompréhension mutuelle risque de demeurer irréductible, c'est quand chacun oppose avec conviction, mais sans appel possible, un « effet » personnel à un « effet » personnel différent chez autrui ; le proverbe dit : « Des goûts et des couleurs, on ne peut discuter. » Chaque fois qu'une opinion nous déconcerte, ou une manière de sentir, ou une manière d'agir, chaque fois qu'elle résiste aux arguments qui, pour nous, sont convaincants, chaque fois qu'elle est inaccessible à la persuasion logique, il faut, ou renoncer à y rien comprendre, ou chercher à y découvrir un phénomène d' « effet psychique ». Si la haine, si l'amour tiennent lieu de raisons, c'est parce qu'ils font à celui qui en est animé, l'effet de raisons, un saisissant effet psychique comparable à l'effet stéréoscopique.

Nous pouvons maintenant définir l' « effet psychique » : l' « effet psychique », aussi fréquent, aussi fondamental en psychologie normale qu'en psychologie pathologique, est un phénomène de fusion et de transfert, par lequel l'évidence propre au perçu, ou au démontré, est conférée — légitimement ou non — à ce qui n'est pas perçu ou à ce qui n'est pas démontré.

Contrairement au postulat de la vieille psychiatrie intellectualiste, depuis longtemps nous savons bien que les convictions délirantes des malades mentaux n'ont pas pour base un raisonnement faux, et qu'il ne sert à rien de les réfuter. Mais nous ne nous rendons pas assez clairement compte qu'elles ont pour base des « effets psychiques ». L'angoisse particulière au mélancolique constitue un « effet psychique de catastrophe » ; cet « effet » peut être dissipé par l'opium, qui endort l'angoisse ; mais en fait, il n'est pas dissipé par une simpliste psychothérapie contredisante et incompréhensive.

Pour ce qui est des hallucinations et de leurs rapports avec les illusions, on a coutume d'insister presque uniquement sur leur différence : l'illusion a un prétexte matériel, l'hallucination n'en a pas ; mais on ne s'arrête guère aux ressemblances. Or, les ressemblances sont plus importantes que la différence signalée. L'une et l'autre, illusion et hallucination, sont des « effets psycho-sensoriels » très voisins, par lesquels l'illusion déguise le perçu et l'hallucination se déguise en perçu.

Aussitôt que l'on reconnaît dans l'hallucination un phénomène d' « effet psycho-sensoriel », ce décourageant problème s'éclaire vivement, car, dès lors, il se réduit à expliquer comment certai-

nes aperceptions, en réalité mentales et sans objet actuel, se revêtent d'une apparence frappante de sensorialité.

Or, il va de soi que celui qui a des aperceptions délirantes et qui est disposé à les tenir pour objectives, leur prête généreusement tous les caractères de l'objectivité, à commencer par la sensorialité. Car rien n'est plus facile que de créer une apparence plus ou moins réussie de sensorialité. Pour ses réceptions fausses, l'halluciné fait ce que nous faisons tous pour nos réceptions vraies, et ce que déjà comme tout le monde il fait pour ses propres réceptions vraies : il distingue très mal le vu oculaire, l'entendu auriculaire, d'avec les schématisations mentales qui s'y incorporent pour produire l' « effet ». En toute aperception, vraie ou fausse, un minimum de données suffit à présenter comme également données une masse de choses qui ne le sont pas actuellement, pourvu qu'elles s'imposent comme compléments nécessaires.

La différence entre une aperception hallucinatoire et, d'autre part, une aperception soit illusoire, soit vraie, c'est que la première n'a aucun prétexte sensoriel actuel, tandis que les secondes ont une base sensorielle actuelle, d'ailleurs souvent fort minime. Et la ressemblance, c'est que la première comme les deux autres, par la production d'un « effet » psycho-sensoriel, fait apparaître d'une manière saisissante comme vu, ce qui, en réalité, n'est pas vu, comme entendu ce qui, en réalité, n'est pas entendu, etc.

Nous avons défini plus haut, avec un suffisant luxe d'exemples, l' « effet psycho-sensoriel » normal, par lequel une schématisation mentale coutumière nous fait apercevoir *comme optiquement* ce qui ne relève pas de la vue, *comme auditivement* ce qui ne relève pas de l'ouïe, *comme gustativement* ce qui ne relève pas du goût. L'hallucination est quelque chose d'analogue. C'est un « effet » anormal qui fait apercevoir *comme optiquement* un schème mental visuel en l'absence de donnée optique correspondante, *comme auditivement* un schème mental auditif en l'absence de donnée auditive correspondante, etc.

Mais comment l' « effet hallucinatoire » se passe-t-il de toute objectivité sensible actuelle, tandis que ni l' « effet illusoire » ni l' « effet véridique » ne s'en passent ?

Pour répondre à cette dernière question, il est nécessaire d'observer l'état psychopathologique global de l'halluciné.

Le comportement de quelques-uns de ces malades peut en imposer superficiellement et momentanément pour un comportement normal. Mais en réalité, ils présentent tous un symptôme

fondamental, l'*amoindrissement de leur pouvoir de synthèse*. Cet accident est à la base, non seulement de l'hallucination et des psychoptahies hallucinatoires, mais aussi d'un grand nombre de psychopathies non hallucinatoires et de troubles psychiques variés dont la parenté avec l'hallucination ne frappe pas de prime abord.

L'amoindrissement du pouvoir de synthèse se manifeste, selon les cas, sous deux modalités. L'une est la confusion mentale, relâchement global de toutes les synthèses psychiques. Elle peut alterner ou, jusqu'à un certain point, coexister avec l'autre modalité, qui est l'hallucination.

La modalité hallucinatoire est un processus de défense et de repli, un effort pour sauver de soi-même l'essentiel en sacrifiant ce qui l'est moins, comme lorsqu'une entreprise industrielle défaillante opère une réduction des frais, un congédiement de personnel pour faire « la part du feu ». En ce cas, il y a, avec ou sans confusion, un *abandon*. Une partie seulement du psychisme, tantôt celle-ci, tantôt celle-là, suivant les nécessités du moment, continue à être ordonnancée passablement, elle constitue une personnalité résiduelle amoindrie, de tenue souvent assez correcte. Mais les matériaux psychiques laissés à l'abandon ne manquent pas de susciter des perturbations et des incidents, car la barrière du retranchement est factice, mobile, mal gardée, mal étanche. Tantôt une pensée intime a des répercussions dans un mystérieux au-delà où ne s'exerce plus le contrôle, tantôt un mystérieux au-delà a des répercussions dans la conscience intime.

On appelle *influences* ces aperceptions si elles ne sont pas sensorialisées, on appelle *hallucinations* ces aperceptions sensorialisées. Des délires hallucinatoires, on distingue les délires d'influence, ceux-ci exempts d'hallucinations caractérisées. Les uns comme les autres sont dits « de protection » si l'au-delà paraît peuplé de puissances bienveillantes ; « de protection mystique », si ces bienveillances paraissent surhumaines ; « des grandeurs », si toute cette révolution psychique est considérée par le malade comme un don de génialité ; « de persécution », si les puissances sont hostiles ; « de persécution mystique », si ce sont des puissances hostiles surnaturelles ; « de « persécution et protection », si les puissances sont, les unes ennemies, les autres amies.

Si l' « effet hallucinatoire » se passe d'objet sensible actuel, tandis que ni l' « effet illusoire » ni l' « effet véridique » ne s'en passent, c'est que l'halluciné possède une autre marque

d'objectivité, pour lui suffisante, et qui est l'évidence d'une présence étrangère. Evidence trompeuse qui traduit inévitablement, dans les états de repli pathologique, la non-appropriation par le moi résiduel de matériaux psychiques relégués hors des atteintes de la synthèse personnelle.

Souvent une mauvaise transmission téléphonique ne nous empêche pas de comprendre ; nous suppléons, nous opérons l' « effet acoutisque » grâce auquel les syllabes et les mots que nous n'avons pas entendus paraissent être entendus. De même, mais en se passant de toute audition auriculaire réelle, un malade qui reçoit de son au-delà, c'est-à-dire de son psychisme non incorporé, une endoplasie inacceptable pour son moi résiduel, fait subir à cette réception l' « effet acoutisque » grâce auquel elle lui semble être reçue auditivement.

Ainsi, les hallucinations ne sont pas de fausses *sensations* ou réceptions par les organes sensoriels ; elles ne sont pas non plus de fausses *perceptions,* ce qui signifierait des sensations (fausses) secondairement complétées et élaborées. Mais elles sont de fausses *aperceptions* ou *anticipations de perceptions* secondairement meublées d'apparence sensible, grâce à la production d'un « effet » visuel, auditif ou autre. A la formule classique, « l'hallucination est une perception sans objet », il convient de substituer celles-ci : *l'hallucination est un « effet psycho-sensoriel » sans objet, l'hallucination est une aperception sans objet.*

NOUVELLE FORME D'HALLUCINATION AUDITIVE VERBALE

PAR

GONZALO BOSCH et FERNANDO GORRITI

La pathogénie des hallucinations a bénéficié d'un renouveau d'intérêt, depuis 1920, grâce à G. de Clérambault, qui, dans ses intéressantes conférences de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police à Paris, envisagea son étude du point de vue si original de l'automatisme mental, pour la continuer dans une série de publications parues dans les *Annales Médico-Psychologiques* et dans les comptes rendus de divers Congrès et Réunions scientifiques. Le problème cependant n'est pas définitivement résolu, comme on peut le voir par l'étude des conceptions de Ceillier, Baruk, Nayrac, Logre, Minkowski et d'autres. Nous citerons également la théorie de la *Pensée organique* de Hesnard (1921-1923), la *Subduction mentale* de Mignard (1922-1925), la *Cænestopathie dystonique* de Guiraud (1925), le *Syndrome de dépossession* de Lévy-Valensi (1908-1912-1922 et principalement à partir de 1925-1926 et 1927 publiées dans des Revues, dans ses livres et dans les Congrès scientifiques), le *Syndrome d'action extérieure* de Claude (1930), et dernièrement, Mourgue qui publia en 1928, avec von Monakow, une remarquable *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie,* où on lit que la *projection spatiale* est le signe le plus caractéristique et « le seul spécifique » de l'hallucination.

L'un de nous (Bosch), en collaboration avec le Professeur de Psychologie Mouchet, et son collaborateur, le Docteur Alberti, dans une communication à la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires, au cours de la séance extraordinaire de Rosario (Province de Santa-Fé), le 20 décembre 1931, a envisagé, sous une forme complètement nouvelle, le problème des hallucinations, en les considérant comme dues à un *trouble de l'imagination,* et non de la perception comme on l'a fait antérieurement. Depuis Esquirol et Morel, tous les auteurs les ont

considérées ainsi ; Lévy-Valensi étant, il faut le reconnaître, le premier à formuler de sérieuses objections à la définition classique de Ball : « l'hallucination est une perception sans objet ».

Selon notre manière de voir, l'hallucination est *l'image morbide qui prend les caractères trompeurs de la réalité* (Bosch-Mouchet-Alberti), notion qui embrasse sans inconvénients, avec cette définition, les trois grands groupes d'hallucinations :

1° Ces hallucinations de caractère *brusque, imprévu et involontaire* qui se présentent immédiatement avant le sommeil, en face desquelles le sujet apparaît comme un simple spectateur, complètement conscient et en possession de toute sa personnalité et qui *ne croit* pas à la réalité apparente de ce qui se présente devant lui ; c'est-à-dire qu'il s'agit des hallucinations *hypnagogiques,* connues depuis longtemps en psychiatrie, ou, au réveil, *hypnopompiques.*

2° Les hallucinations *fugitives,* qui parfois durent quelques secondes ou très peu de minutes, rarement *involontaires, spontanées ;* généralement, elles sont *volontaires* et naissent par simple *évocation directe ou indirecte, crues* par le sujet qui les suscite, mais elles *n'arrivent pas à troubler sa personnalité,* puisque, hors de ce moment, il mène une vie quotidiennement normale; c'est-à-dire, qu'il s'agit des *hallucinations véridiques* des métapsychistes ; conception qui a besoin d'une ample rectification de la part des psychiatres, pour obtenir scientifiquement droit de cité.

3° Les hallucinations trop connues dans le domaine de la psychiatrie académique, dans ses multiples variétés, pour que nous insistions sur elles. Nous ne méconnaissons pas que la plupart des auteurs acceptent l'hallucination comme involontaire, irréductible et unie à une désintégration de l'unité psychique, faisant une différence entre hallucination et hallucinose, bien que Dide et Guiraud affirment qu'on trouve des hallucinations conscientes, considérées par le malade comme engendrées par la morbidité de son psychisme. On les nomme aussi *pseudo-hallucinations.* Ce terme de pseudo ne nous plaît pas à cause de son ambiguïté.

Quand on extériorise une image représentative, il y a une hallucination, ce qui signifie que l'on constate une activité automatique. Il est vrai que, généralement, elle est en dissociation avec l'activité volontaire, mais il n'est pas moins vrai que l'activité volontaire peut la produire, ou réveiller l'automatisme.

Raymond Mallet affirme, et nous avec lui : « Une charge affective peut-être le point de départ d'une activité automatique de la

pensée en conflit avec l'activité volontaire », et nous ajoutons, que le sentiment de la réalité peut être présent chez quelques aliénés, qui ont, à certains moments, la sensation réelle de ce qu'ils sont.

Pendant le sommeil, il se présente souvent des images représentatives qui prennent la forme du phénomène hallucinatoire dans la veille et alors la conscience participe directement de l'irréalité surgie de l'automatisme pendant le songe.

Dans le champ clinique expérimental, aussi bien qu'en anatomie pathologique, nous trouvons d'importants traits d'union qui vérifient la synthèse de la définition des hallucinations que nous voulons donner.

On sait qu'il y a des hallucinations sensorielles sans existence fonctionnelle de l'organe correspondant ; ainsi par exemple, il y a des hallucinations auditives chez les sourds, visuelles chez les aveugles, etc. ; l'un de nous (Gorriti), publia le premier cas d'*hallucination cinématographique,* dans lequel l'aliéné, après être resté aveugle à la suite d'un trachome, continua à voir sur les murs des projections cinématographiques.

Les mêmes faits d'hallucinations de caractère onirique, viennent à l'appui de la tendance actuelle à les assigner dans des zones cérébrales déterminées ; de sorte que, sommeil, rêve et hallucination que, dans la pratique, nous voyons quelquefois en rapport ou liés, ont un substratum commun, selon les études que, d'une manière ou d'une autre, mais toutes concordantes, ont effectué, notamment Lhermitte, Holtzer, Economo, Salmon, Pette, Lucksch, Adler, van Bogaert, Hirsch, Troemner, Claude, Demole, Berggren, Sages, Kreindler, Cloetta, Thomann, Spiegel, Inaba, Hess, Erik, Moberg, Marinesco, Tournay, Pick, Auer, Meyer, Overtan, Hirschfelder, Serès, Poetzl, Regelsberger.

Il nous suffit de dire que, selon les dernières recherches, on tend à localiser vers le plancher du troisième ventricule, la substance grise périsylvienne et les zones voisines, le centre principal du sommeil, du rêve, de l'hallucination et des états catatoniques quelquefois constatés seulement pendant le sommeil (Baruk), circonstance celle-ci, corroborée dans les études anatomo-pathologiques des tumeurs des régions mentionnées et qui produisent des états de narcolepsie, de sommeil pathologique. Sur le terrain expérimental, on produit de même artificiellement le sommeil au moyen des injections de solution de chlorure de calcium dans la paroi latérale du troisième ventricule ou par polarisation anodique du troisième ventricule. Par les injections de scopolamine pratiquées chez les parkinsoniens, il est fréquent de voir, qu'à

dose toxique, elle produit, en outre, le relachement musculaire, la sédation des douleurs et des états délirants hallucinatoires passagers. L'empoisonnement expérimental par la mescaline produit, comme l'on sait, des états hallucinatoires, surtout de caractère sensoriel subcortical. Causes et effets semblent donc se joindre en un même territoire cérébral pour déterminer les phénomènes indiqués, au point que Lhermitte, qui s'est si consciencieusement occupé de cette étude, en arrive à nous parler d'une *hallucinose pédonculaire.*

Il est intéressant de rappeler que, précisément, dans les zones indiquées comme lieu principal des hallucinations et phénomènes connexes, d'autres ganglions subcorticaux ont aussi leur origine et correspondent, d'avant en arrière, aux paires craniennes olfactives, optiques, auditives, et déjà en plein plancher du quatrième ventricule, au glosso-pharyngien, donnant la modalité sensorielle plus spéciale des hallucinations dans les processus mentaux variés déjà décrits.

Le cas que nous présentons a, pour notre manière de voir, un double intérêt : d'abord parce qu'il contribue à la connaissance *d'une nouvelle forme d'hallucination auditive verbale,* non décrite encore, que nous sachions, enrichissant ainsi le matériel clinique pour l'étude sémiologique des hallucinations ; et ensuite parce qu'il vérifie, une fois de plus, notre théorie qui considère les hallucinations comme un *simple trouble de la représentation imaginative,* même au point de vue de l'analyse plus détaillée de l'émission indivise du son vocal.

Il s'agit de S. J. A., Paraguayen, de 46 ans, marié, médecin-vétérinaire ; le père est décédé d'une hémorragie (?) ; entré directement à la Colonie Nationale d'aliénés « Dr Domingo Cabred », le 23 novembre 1931 ; syphilis douteuse. Les antécédents personnels ont été pris d'une manière incomplète, parce que les personnes qui l'internèrent n'avaient point connaissance de la maladie dont il souffrait ; c'est uniquement par lettres qu'ont été obtenus les antécédents que nous allons signaler.

S. J. A. se maria en 1926 ; son épouse eut trois enfants : deux filles et un garçon ; plusieurs avortements (provoqués ?) ; il semble que vers 1927 commencèrent ses bizarreries de caractère avec des chagrins de famille qui donnèrent lieu, sans motifs justifiés, à la rupture des relations avec la famille de sa femme ; mais c'est en 1929 qu'il se servit vis-à-vis de sa femme — qui nous donne ces renseignements — de phrases pénibles pour elle, allant jusqu'aux insultes : il « entendait » tous les employés de la fabrique de viande congelée et de conserves où il travaillait, dire par allusions indirectes, « qu'on lui avait fait les cornes », employant des paro-

les blessantes et obscènes ; tous ceux de la fabrique savaient où il passait et on le guettait ; on disait « qu'elle pouvait marcher avec son homme » ; parfois, il demandait à sa femme qu'elle parlât très bas, parce que sinon ils « entendraient » au moyen d'un appareil microphone placé dans un endroit invisible dans sa maison. Dès ce moment, il devint irascible avec sa femme ; il lui disait que ses fils n'étaient pas de lui, qu'elle était une femme du trottoir et il la traitait avec des paroles insultantes et des actes du plus complet mépris.

Il ne voulait rien acheter pour son épouse, pas même le nécessaire pour se nourrir ; jamais ils ne sortaient ensemble ; si elle jouait du piano, cela constituait un signe pour quelqu'un ; il mangeait et dormait très peu ; il disait que tout était empoisonné, il ne voulait même pas prendre de l'eau, passant parfois jusqu'à trois jours sans manger. Le 17 décembre 1930, la nuit, il prit une boîte de balles et chargea un revolver, le mettant sous le hamac ; depuis cette année, il devint plus réservé, il semblait qu'il ne voulait pas la voir ni lui parler ; il mangeait toujours très peu ; de la fabrique il allait chez lui et il ne voulait plus sortir, uniquement pour aller au travail, craignant « qu'on lui fît du mal », disait le malade.

Vers le mois de décembre de la même année 1930, déjà il dit clairement « que quelqu'un le poursuivait », sortant la nuit de sa chambre parce qu'il croyait que des personnes entraient, ainsi il lui semblait voir, et puis il se couchait, après s'être persuadé qu'il n'y avait personne ; alors, il dormait très peu pendant la nuit ; à chaque moment il allumait la lumière croyant surprendre sa femme avec quelqu'un ; il se penchait à la fenêtre pour épier les personnes qu'il croyait envoyées par sa femme pour le faire tuer, au point que, une nuit, dans ses allées et venues, il prit à nouveau le revolver et le mit sous le hamac, en disant « qu'on voulait lui faire du mal, et qu'on ne le sortirait de là que mort ».

Il continuait à être très silencieux et pensif ; il montrait de l'affection pour une petite fille récemment née ; des autres enfants, deux fils, il ne faisait pas cas, parce qu'il disait qu'ils n'étaient pas de lui ; puis, il recommença à parler à sa femme de gaz, radiations, qui avaient de mauvaises odeurs, c'est pourquoi la nuit il fermait soigneusement toutes les fenêtres et les portes ; on lui parlait à l'oreille ; parfois, on le voyait rire tout seul ; il disait à sa femme quantité de paroles sans signification ; il lui parlait des « quinielas », de « radiation », qu'on ne le laissait pas lire, que d'autres lisaient avant lui ; si les enfants pleuraient, c'était parce que d'autres les faisaient pleurer ; il était devenu très méfiant ; il disait qu'on lui parlait dans la tête ; qu'il ne pouvait pas parler parce que tout le monde entendait ce qu'il disait. Tout ceci a été recueilli par lettre communiquée par la femme du malade.

Actuellement, S. J. A. présente une attitude tranquille ; il est lucide, cohérent, avec la notion exacte du lieu et du temps ; il passe tout le jour silencieux, il ne parle plus seul, il ne gesticule plus, il ne rit plus, il ne pleure plus ; il parle uniquement quand on l'interroge et brièvement.

Son regard est fixe, brillant, et paraît attentif à ce qui l'entoure ; il ne présente pas de stigmates tératologiques ; physiquement, aucune anomalie, absence de symptômes et de signes de neurosyphilis. Cheveux grisonnants, sa physionomie donne l'impression de souffrance, de souci, d'intérêt pour le milieu où il se trouve, la mine renfrognée, le regard fixe aux yeux vivaces, avec le maximum d'ouverture palpébrale ; la bouche est rigide ; il reste toujours sérieux ; ses gestes et sa conversation sont complètement en rapport avec son éducation et sa culture antérieure.

Dès qu'on parle avec le malade, il commence à raconter que depuis bien des années, quelque six ans, il est constamment tracassé, de nuit et de jour, qu'il se trouve réveillé par des voix qu'il entend généralement venues de très loin, que la plupart arrivent de l'Assomption-du-Paraguay, correspondant presque toujours à des personnages de l'actualité politique ou publique très notables ; ils parlent entre eux, les unes sont des personnes connues, et d'autres ne le sont pas pour S. J. A.

Les thèmes des conversations qu'il entend à de si grandes distances, généralement ont un caractère très désagréable ; les gens s'insultent, s'injurient, se jetant à la face des actes que jamais ils n'ont commis, non prouvés par la justice, voulant arracher du mensonge la vérité ; ils disent de l'Evêque du Paraguay, du Président de la dite République et de ses Ministres, les plus grandes sottises, aussi bien du point de vue moral qu'administratif ; parfois, ces conversations qu'il entend, aussi s'appliquent à lui-même, l'accusant d'être un pervers moral, un escroc, etc.

Pendant le cours des interrogatoires sur ces conversations qu'il entend à la Colonie, émanant des personnes qui parlent à l'Assomption, plus rarement à Buenos-Aires, il emploie des néologismes ; ainsi, il dit qu'il faut être « radieux » pour pouvoir entendre ces conversations faites de si loin, c'est-à-dire, préparé par l'action des courants électriques, pour être de cette manière sensibilisé, selon l'explication de ces mêmes voix qu'il entend ; être « larseniado », cela veut dire injuré ; « concundir », quand ils font apparaître comme vrai le faux pour rechercher la vérité dans les conversations qu'ils ont entre eux ; « ajetrear », quand ils « ardillean » avec toute malice dans les conversations pour ne pas dire directement ce qu'ils pensent ; « concusión », quand il y a eu contrôle dans les paroles dites ; « revillón », celui qui cherche le sens des mots ; il croit que tous peuvent entendre ce que lui entend, lorsqu'il se trouve suffisamment « radié » ; quelquefois aussi, mais rarement, ils parlent d'affaires amusantes.

Les voix qu'il entend dans les conversations si lointaines, sont des voix d'hommes, de femmes et parfois d'enfants; quelquefois, ces conversations sont en espagnol, d'autres fois elles sont en anglais et dans certains moments en *guaraní*, les trois langues que possède parfaitement bien le malade, mais toujours ces conversations sont en une même langue.

Mais le plus caractéristique dans ces conversations de personnes qui parlent entre elles, c'est que, souvent, les paroles qui les forment sont prononcées par différents sujets, de sorte que chacun prononce une seule syllabe, mais avec une telle rapidité qu'elles ne semblent pas détachées ; ce sont des personnes, dit S. J. A., qui doivent être très préparées pour parler de cette manière « enchaîné », selon sa propre expression ; quelquefois, ce sont quatre ou cinq personnes qui parlent, et chacune d'elles dit une seule syllabe du mot correspondant à la conversation ; au commencement, lorsqu'il était à l'Assomption, il ne se rendait pas compte de la particularité de ces conversations qu'il entendait, mais peu après, faisant plus attention, il a remarqué que les syllabes qui constituent chaque parole sont prononcées avec un timbre de voix différent, ce qui indique évidemment qu'elles sont de plusieurs personnes qui interviennent pour prononcer une seule parole, et ainsi parfois ce sont beaucoup de personnes qui rentrent dans cette classe de conversation d'intervention syllabique pour chacune des paroles prononcées, et ce serait le cas, dit-il, de se mettre à décrire le grand nombre d'interventions différentes.

Il assure être profondément convaincu, et n'admet pas de discussion possible sur la véracité des conversations qu'il entend, avec tous les caractères qui sont décrits, et, en outre, il affirme que l'interlocuteur doit entendre aussi bien que lui dans certains moments ; ainsi, quand il les raconte, tout à coup, il demande si on les entend également dans ce moment.

D'où il résulte, donc, que nous sommes en présence d'une forme nouvelle d'*hallucination auditive verbale syllabique pluripersonnelle*, que nous dénommons ainsi, par les caractères si clairs que nous venons de décrire, chez un malade affecté d'un délire hallucinatoire chronique, de caractère paranoïde, avec un fonds mégalomaniaque et de persécutions si gênantes parfois, que dans sa vie de liberté antérieure, elles ont déterminé des réactions agressives dangereuses.

Il est intéressant, sans nous éloigner du thème et du but de notre travail, de toucher à la question des constitutions psychopathiques. Achille-Delmas et Boll, dans leur livre bien connu « *La Personnalité Humaine* », déclarent que le nombre des constitutions psychopathiques doit se limiter à cinq : paranoïaque, perverse, mythomaniaque, cyclothymique et émotive ; nous ne discuterons pas le nombre, quoi qu'il nous semble, avec un droit égal, pouvoir exister, *celle que nous pourrions appeler démentielle* où s'installe la démence simple, l'affaiblissement psychique, global, progressif, sans que prédomine aucune des particularités qui caractérisent les dites constitutions. Nous concevons, comme Hyvert, les tendances psychopathiques constitu-

tionnelles, pour en attribuer une à notre malade, qui semble se rapporter le mieux à son idéation et nous choisirons la constitution paranoïaque, nous rappelant un article de Lévy-Valensi (*La Science Moderne,* juillet 1924 : « De la raison à la folie, tendances, constitutions, maladies mentales »), pour formuler : c'est à travers elle que notre malade est arrivé à un syndrome mental, avec perte complète et durable ou définitive de l'autonomie psychique.

Quel est l'intéêt de ce syndrome au point de vue analytique? C'est ce que nous nous proposons d'étudier tout de suite.

Notre malade est un paranoïaque délirant, son délire est systématisé et dans la construction de son délire, qui apparaît primitivement, prévalait l'élément idéo-sensoriel, constitué par les hallucinations visuelles et auditives verbales, si singulières, que nous avons cru intéressant de faire ce travail pour présenter une nouvelle forme d'hallucination, et suggérer des considérations par lesquelles nous allons conclure en insistant sur certaines conceptions formulées au début de cette étude :

1° En présence d'un syndrome mental constitutionnel de la nature de celui qui nous occupe, nous pensons, avec Genil-Perrin, que les rémissions n'existent pas ; c'est dans la variété appelée d'interprétation, sans phénomènes d'automatisme, dans lequel le changement de milieu diminue l'amplitude du syndrome, que l'on peut espérer les rencontrer.

2° Le tableau clinique présenté diffère d'autres syndromes greffés sur des constitutions psychopathiques où il existe une prépondérance sympathique ou para-sympathique ou d'instabilité neuro-végétative, avec troubles de l'état humoral ou de la formule endocrinienne, dans lesquels on admet les rémissions. Dans notre cas et dans les cas analogues, nous constatons un rythme psychique sans variations, tant qu'il n'existera pas de facteurs de sénilité.

3° Nous croyons que le mécanisme hallucinatoire que présente notre malade, consiste dans une activité automatique des zones du centre psychique des mémoires visuelles et auditives, où sont déposées les images représentatives de cette activité, et que l'imagination les a combinées, accomplissant ses deux processus fondamentaux, dissociation et association des éléments des perceptions, par une capricieuse construction que jusqu'ici nous n'avions pas eu l'occasion d'observer.

Et 4° nous croyons utile de signaler qu'en présence de cette construction ou d'une autre d'allure identique, on doit formuler un pronostic d'une gravité maxima à cause du déficit psychique présenté par le malade.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Novembre 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

Décès du Dr Pierre Kahn, membre titulaire

M. L. MARCHAND, *président.* — J'ai le triste devoir de vous annoncer la mort inattendue et subite de notre collègue, le Dr Pierre Kahn. Ancien interne titulaire des Hôpitaux de Paris où il fut le collaborateur de G. Dény et de Dupré, ancien chef de clinique du Professeur Gilbert Ballet, assistant du Professeur Laignel-Lavastine à l'Hôpital de la Pitié, Pierre Kahn, dont les travaux scientifiques sont nombreux, a soutenu sur la *Cyclothymie* une thèse remarquable. Récemment encore, il apportait ici un travail particulièrement intéressant sur la psychose encéphalitique.

Je me fais l'interprète de la Société pour présenter à sa famille nos sentiments de sincère condoléance. Nous garderons de Pierre Kahn le souvenir ému d'un collègue aimable et d'un savant psychiatre.

PRÉSENTATIONS

Activité procédurière ininterrompue pendant 40 ans chez une délirante processive, fille d'aliénée, par MM. Lévy-Valensi, Migault et Caron.

La malade que nous présentons offre un tableau remarquablement typique de psychose querulente.

Parvenue à l'âge de 79 ans sans affaiblissement psychique grave, elle plaide, assigne, fait opposition, va en appel, en cassation, etc., depuis 42 ans.

Tout lui est matière à chicane : si sa première cause, comme nous allons le voir, est nettement délirante, elle plaidera ensuite à propos de loyers, d'une amende à payer, d'une chute faite par elle contre un seau. La mort de son adversaire ne la désarme pas : elle plaidera contre la veuve ; celle-ci morte, contre les héritiers — ils sont 23 et elle englobera 5 autres personnes dans sa plainte. Elle veut plaider contre un rapport de police, contre ses voisins qui refusent de témoigner dans son sens ; mécontente de la justice, elle pose des affiches manuscrites devant le Palais, multiplie les pétitions à la Chambre des députés. Chez cette malade, le tableau clinique est aussi riche que possible, pas une touche ne manque : c'est encore, par exemple, le dossier où elle accumule des coupures de journaux et autres documents destinés à appuyer sa cause ; ce sont les multiples réactions plus ou moins en dehors de la procédure.

Son comportement paranoïaque et protestataire lui vaudra d'ailleurs une partie de ses procès. Si elle est convaincue de la connivence de ses adversaires successifs et si elle relie toutes ses affaires successives à la première, elle étend, de son côté, le champ de son activité quérulente au hasard des situations qu'elle est amenée à observer : c'est, par exemple, l'intermède d'une pétition contre ce qu'elle appelle « la spéculation du travail féminin dans les ouvroirs » ; sa pétition déposée, elle ne se tient pas facilement pour satisfaite, elle en surveille le destin, connaît le nom du rapporteur, la date de la discussion, et, s'il le faut, elle revient à la charge. Son récit est une suite de dates, de précisions. Tout, chez elle, est catalogué, daté : elle connaît, par exemple, le détail des règlements des adjudications de bois que son père traitait, etc. Par moments rigoureux comme un acte de greffier, son exposé en emprunte le vocabulaire et le style. Ce ne sont que citations d'ar-

ticles du code, termes de procédure, employés d'ailleurs généralement avec justesse.

C'est ainsi qu'elle s'est présentée à nous, petite vieille encore alerte malgré ses 79 ans, vive, ironique quelquefois ; avec cela, prompte à la répartie et d'argumentation rapide. Si elle parlait avec ardeur tandis qu'on prenait son observation, elle s'arrêtait cependant le temps nécessaire pour qu'on notât ce qu'elle disait, en personne habituée à la constitution méthodique des dossiers. Prolixe en détails et en considérations parallèles, elle déviait cependant peu dans son exposé, suivant assez régulièrement l'ordre chronologique.

Il y a lieu de remarquer, dans l'histoire de la malade, le rôle joué par la mère, femme méfiante et de tempérament paranoïaque, délirant avec sa fille, sans que nous puissions maintenant faire la part de la contribution respective de chacune, agitée dans la dernière année de sa vie, traitée à Cochin et internée à Villejuif pendant quinze jours, peu avant sa mort. Parfois, pour se distraire, la mère et la fille allaient ensemble au Palais, voir d'autres affaires ; ainsi faisait Perrin-Dandin (dernier vers des Plaideurs) :

« *Allons nous délasser à voir d'autres procès* »

Nous ne savons que peu de choses du père, dont la mort a déclanché les premières manifestations délirantes. Notons, chez notre malade, quelques signes de dégénérescence : oreilles à lobule soudé, microphtalmie ; en outre, une certaine hypertension actuelle.

En 1890, le père étant gravement malade, Bar..., le médecin de la petite ville de D..., près de Rambouillet, où habitait la famille de la malade, prescrit 20 gouttes de Teinture de Castoréum à renouveler une heure après. Cette teinture inquiète l'entourage, femme et fille. En partie rassurées par l'avis du pharmacien (qui prend place, de ce fait, parmi les complices), elles administrent la première dose, en la réduisant prudemment à 18 gouttes. « Ma fille, tu m'empoisonnes », dit le malade, qui meurt moins d'une heure après.

« Et c'est de là, déclare notre malade, qu'est arrivée toute la filière. « Depuis 42 ans, je n'ai pas cessé d'écrire, de..., etc... »

Elle porte plainte contre le médecin. La plainte n'eut pas de suites, mais c'est à son tour le Dr Bar... qui traduit les deux femmes en justice de paix. « Nous avons fait opposition, dit la malade, attendu « qu'un crime n'est pas de la compétence du juge de paix. On nous « a condamnées à 100 fr. en vertu de l'Article 1382 du Code civil : « " Tout préjudice causé à l'homme doit être réparé. " Ça s'applique « à toutes les juridictions, du reste. »

L'entêtement des deux femmes contre ce jugement aboutit à une saisie par huissier, première d'une série de saisies dans laquelle elles vont se débattre avec opiniâtreté. En effet, elles quittent leur maison et vont loger ailleurs. Au bout d'un an, des contestations avec les propriétaires au sujet de l'impôt des portes et fenêtres à payer amènent un nouveau procès, occasion d'une nouvelle saisie. Au cours de cette saisie, la malade a un geste de mauvaise humeur, qui lui vaut une nouvelle affaire d'outrages à magistrat. On peut suivre à ce propos le système délirant par quoi la malade relie ces procès successifs à sa première affaire : « C'était toujours la filière, c'était parce que je maintenais mes droits contre Bar... ; c'était la mairie qui faisait tout ça ; Bar... était bien avec le médecin légiste qui était bien avec le procureur de Rambouillet... », etc... De même, après une condamnation, elle va en appel ; son avocat demande une condamnation avec sursis : « J'ai su après qu'il était intime avec Rambouillet ; il a été révoqué en 1905. » (Et c'est ainsi, à propos de chacun, un récit infamant. Elle a accumulé en un dossier tous les documents propres à appuyer ses dires.)

— Condamnée en appel, elle veut aller en cassation. Son avocat la dirige vers un recours en grâce. Au commissaire qui viendra leur annoncer la bonne nouvelle de cette grâce, la mère répondra ce mot qui la dépeint : « Ce n'est pas une bonne nouvelle quand on est dans le plein de ses droits ! »

Quoi qu'il en soit, la fille est arrêtée et incarcérée à Rambouillet. Malade, elle est traitée par le médecin de la prison, qui n'est autre que le médecin légiste qu'elle range au nombre de ses ennemis. D'où nouvelles idées d'empoisonnement, très accusées : sirop empoisonné avec de la belladone, teinture d'iode sur la gorge pour lui occasionner une inflammation. Pendant toute son incarcération, elle ne mange que 8 œufs crus, buvant à regret l'eau qu'on lui donnait.

A peine libérée, elle reçoit du percepteur un avis au sujet de ses contributions, avec menace de saisie : « Je n'avais pas reçu de papier vert, j'écris au Ministre des Finances ! » Puis ce sont les frais du procès antérieur qu'il faut payer. Les deux femmes refusent de payer, « puisqu'elles ont été grâciées ». En vain le percepteur leur explique qu'elles ont été grâciées de la condamnation, non des frais, elles s'entêtent, s'adressent à tous les ministres, et, après sommations, se voient saisir pour la troisième fois. Cette saisie ne va pas sans péripéties (insultes) qui trouvent une conclusion dans une condamnation par défaut à 2 mois de prison et une amende. Elle fait alors opposition, puis appel. « On ne m'apporte pas une assignation en règle, j'ai fait une deuxième opposition, ce qui me donnait droit à aller en appel. » Mécontente en appel, prétendant qu'on ne faisait pas venir les témoins, elle se porte partie civile. Finalement, elle est condamnée à 100 fr. d'amende « qui ne lui seront pas réclamés ».

Cependant les deux femmes étaient venues habiter à Paris. C'est l'occasion d'un nouveau conflit avec un logeur, Boul..., qui retient

une partie de leurs objets personnels. Là encore, « c'est la filière de police. Il a fait ça, non seulement pour vol, mais pour voler des papiers. Heureusement, j'avais des papiers dans mon sac que l'avocat m'a remis à l'audience ». Les procès se succèdent : elles vont en appel malgré le refus d'assistance judiciaire qui leur est opposé. Un moment criblées de frais d'huissier, elles succombent finalement, et c'est une nouvelle vente aux enchères, malgré démarches, plaintes, etc.

Vers cette époque, la mairie de D... ayant disposé de l'emplacement de la tombe du père, pour lequel il n'y avait pas de concession, une démarche est faite par la malade, puis une première plainte portée. Le refus d'assistance judiciaire l'arrête cette fois dans la voie procédurière, mais c'est toute une série de démarches, lettre au préfet sur papier timbré, etc. A cette occasion, elle chiffre le dommage par l'énumération des couronnes et accessoires, dont elle évalue le prix en un véritable inventaire...

C'est en 1912 que commence l'affaire Chap.., qui va durer jusqu'à l'internement, rebondissant sur la veuve, puis sur ses héritiers, englobant ensuite le garde-meuble, l'huissier, etc.

Chap... était le propriétaire de la maison habitée alors par les deux femmes. A la suite d'une série de difficultés, leur arrive un congé-commandement contre lequel la malade fait opposition ; il y a expulsion, et un litige s'élève au sujet des affaires restées dans l'appartement. Celles-ci sont, dit la malade, « jetées dans la cour », d'où démarches, plaintes, opposition.

Naturellement, Chap... est un indicateur de la police : « C'est un industriel, et on sait bien que, quand les industriels sont décorés, c'est bien souvent par le ministère de l'Intérieur ». — « Cette affaire est la suite des précédentes. »

Nous ne suivrons pas la malade dans son exposé des instances, assignations, etc. Il y est question de règlements, de signature au debet, etc. Et, de fait, la malade avait acquis une pratique suffisante de la procédure pour pouvoir se passer d'avocat. Ruinée par les procés successifs, elle rédigeait elle-même ses pièces et ses plaidoiries, et manœuvrait de formalités en formalités : déboutée en appel, elle ne se décourage pas: « Qu'est-ce que j'ai fait ? j'ai fait la demande d'assistance judiciaire pour la Cassation. Heureusement que j'avais déposé des conclusions avant l'audience ! Je suis allée trouver M. Mornard... » En cassation, elle obtient que l'affaire soit renvoyée à la Cour d'Orléans. Faute d'assistance judiciaire, elle fait défaut à deux reprises, ce qui lui donne le droit, dit-elle, de retourner en cassation, mais finit par perdre. La mort de sa mère, en 1916, après un séjour d'une quinzaine à Villejuif, la mort de son adversaire Chap... ne l'arrêtent qu'un moment. Elle refait assigner « la veuve Chap... ». Ses avocats ne la suivent pas dans son obstination, elle en change, s'adresse à la Chambre des huissiers ; un jugement la condamne, elle fait appel.

Mais « la dame Chap... » meurt le 6 février. « L'action publique est éteinte, je n'avais plus que mes recours civils contre les héritiers. »

« Là, en violation de la loi, la Cour n'a pas délibéré. Si bien qu'à la fin, j'avais mis des affiches en face du Palais. » Elle pose, en effet, sur les murs du Tribunal de Commerce, des affiches manuscrites en ronde, sur lesquelles elle avait précisé « toutes les violations de la loi ». « J'ai le Code chez moi, ajoute-t-elle ! » Les regards des passants ne la troublent pas, elle renouvelle plusieurs fois son geste.

Son mobilier vendu par le garde-meuble après jugement, elle fait appel. L'assistance judiciaire lui est refusée. « Pensez, dit-elle, qu'il fallait que je fasse appel à 23 héritiers ! C'était au-dessus de mes forces. J'ai dit : Coûte que coûte, il faut que je maintienne mes droits ! » Plaintes, pétitions renouvelées, lettre au ministre (« il fallait que je suive la hiérarchie pour maintenir mes droits ») n'aboutissant à rien, elle porte finalement une plainte en vol contre les 23 héritiers Chap..., le garde-meuble, le secrétaire-séquestre, l'huissier, etc., en tout 28 personnes.

On lui accorde l'assistance judiciaire, mais ses avocats, qui la convoquent à des heures tardives, lui deviennent suspects. Elle en change.

C'est alors que le juge d'instruction se dessaisit de l'affaire et qu'apparaît le commissaire A... Un rapport de police de 1923 la dépeint comme aliénée ; elle dépose une plainte contre le rapport. Entre temps, elle est déboutée pour l'affaire Chap... A son projet d'aller en Cassation, on oppose la prescription : « Quand j'avais toujours coupé toutes les prescriptions ! Je me dis : je vais maintenir, en vertu de l'article 420 du Code d'instruction. » Puis elle demande l'Assistance judiciaire pour plaider contre le policier auteur du rapport, se préparant à demander l'adjonction des deux causes. Déboutée (« on invoque l'article 64 du Code pénal, sur la démence ! »), elle invoque arrêts sur arrêts, et veut produire une attestation de ses co-locataires, témoignant de ce qu'il n'est point venu de policier enquêter chez eux. Cinq refusent de signer, elle porte plainte contre eux et contre la concierge, dont elle accuse l'intervention. Ces locataires rédigent alors contre elle une pétition. Elle n'en retient qu'un point, dont elle triomphe : « Il résulte cependant de cette lettre que C... (le policier) n'est venu chez aucun locataire. »

Elle fait assigner la concierge, mais l'internement l'arrête enfin dans cette voie qui semblait ne devoir jamais se fermer pour elle.

On est frappé de ce qu'une telle activité délirante ait pu ne trouver sa conclusion médico-légale qu'après de si longues années.

Comme nous l'avons dit au début de cette présentation, on ne peut déceler chez la malade d'affaiblissement psychique grave : le certificat d'internement signale le maniement imprudent du feu à son domicile. Dans le service, elle ne nous a pas laissé reconnaître de diminution appréciable : son comportement devant nous est logique et adapté, son argumentation prompte ;

si quelques erreurs s'y glissent, leur nombre et leur importance ne dépassent pas ce qu'on est en droit d'escompter chez la personne la plus normale, surtout à cet âge.

On comprend ainsi que des personnes insuffisamment averties, des magistrats même, familiers cependant avec les expertises psychiatriques, se soient plus ou moins laissés abuser par l'intégrité apparente d'une telle malade.

Et cependant, en même temps qu'elle présente un tableau typique de psychose quérulente, avec toutes les modalités d'une évolution passionnelle, cette malade est une grande délirante, dont les constructions, à base d'interprétations paralogiques, à teinte hypochondriaque, s'apparentent au délire d'interprétation. Ce sont des thèmes d'empoisonnement : empoisonnement du père, empoisonnement de la malade elle-même dans la prison de Rambouillet ; c'était, plus récemment une nouvelle manifestation, avec étouffement, sensation de malaise, qu'elle rapporte (sur l'avis du pharmacien, dit-elle), à des gaz asphyxiants qu'on aurait envoyés chez elle.

Si la construction délirante interprétative n'est pas chez elle progressivement extensive, le point de départ même de son activité quérulente est délirant. Appartenant au cadre de la psychose quérulente de Kræpelin, distinct, dans la classification de cet auteur, de la paranoïa proprement dite, ce cas fournit un exemple des points de transition qui réunissent dans la famille des paranoïaques, comme l'ont fait remarquer Sérieux et Capgras, les interprétants et les revendicants.

Un autre élément qui nous a paru intéressant est la notion d'un internement antérieur de la mère. Nous avons vu le rôle de celle-ci au cours des tribulations communes. Elle a été placée à Villejuif, quelques semaines avant sa mort, à l'occasion d'une poussée d'agitation qui semble bien devoir être rapportée à une excitation démentielle sénile. Les certificats et observations portent : démence sénile avec excitation ; turbulence et idées de préjudice ; inconscience complète de son état, ne peut répondre aux questions, crie continuellement ; incohérence ; répète souvent « je vais me pendre »...

Sa fille la reprit après 15 jours, tirant argument de sa sortie en liberté pour s'autoriser à conserver chez elle sa malade bruyante, en dépit des réclamations des voisins.

Nous manquons assurément de renseignements suffisants pour nous faire une idée précise des interréactions psychologiques de ces deux femmes. On peut, en tout cas, s'appuyer sur la notion de cette agitation démentielle terminale chez la mère

pour retenir ici un facteur d'hérédité pathologique, et, dans une large mesure, d'hérédité non similaire.

M. Henri CLAUDE. — Cette malade est non seulement une quérulante, mais une délirante avérée. Son délire d'empoisonnement devrait suffire à convaincre n'importe quel observateur de l'existence chez elle d'une maladie mentale. Or, nous voyons qu'elle a pu, pendant 42 ans, exercer son activité néfaste contre les gens de son entourage, harceler la justice de plaintes et de procès avant qu'ait été prise la mesure de l'internement qui, depuis tant d'années, s'imposait. La loi et l'opinion auraient besoin d'être modifiées en France où la procédure judiciaire se laisse actionner par des quérulants manifestement aliénés.

M. René CHARPENTIER. — Cette importante question pourrait être soumise à l'étude de la *Société générale des Prisons et de Législation criminelle.*

Un cas d'amnésie rétrograde totale,
par MM. F. ACHILLE-DELMAS et DOITEAU.

Le 2 octobre 1932, les gendarmes de Combles trouvaient à quelques kilomètres de Péronne un homme de 30 à 40 ans, exténué de froid, de faim et de fatigue, incapable de répondre aux questions. Pendant trois jours, à l'hôpital de Péronne, en raison de son épuisement et d'un état de confusion mentale, il fut impossible d'obtenir de lui aucun renseignement. Le 3e jour, il parut reprendre conscience et demanda péniblement où il était et qui il était. A ce moment, l'idéation paraissait encore très lente, la compréhension et l'élocution très difficiles, la lecture et l'écriture impossibles, mais assez rapidement dans la journée, le sujet récupérait un assez grand nombre de mots usuels, pour que l'un de nous, médecin de l'hôpital, put diagnostiquer une amnésie rétrograde totale.

Lors de la rencontre des gendarmes, l'inconnu portait des vêtements convenables, sans aucun désordre, et, fait étrange, bien que les routes fussent remplies de boue, les chaussures étaient intactes. Dans le portefeuille, on ne trouva que trois photographies, et un billet de 5 fr., sans aucune pièce d'identité.

Dès le cinquième jour, une éthérisation fut tentée, mais ne donna aucun résultat. Cependant, l'inconnu se montrait de plus en plus conscient et lucide et ne présentait aucune amnésie de fixation. Par des conversations répétées, il réacquérait avec une rapidité remarquable un vocabulaire de plus en plus complet, et, grâce à des journaux illustrés et aux explications qu'on lui donnait, la possibilité de lire et comprendre de plus en plus de mots. Dès qu'il put se lever, on constata qu'il n'avait aucune apraxie et aucune agnosie.

L'inconnu se montrait très inquiet de son état ; il passait de longues heures à contempler les photographies trouvées sur lui, cherchant à découvrir quelques souvenirs s'y rattachant, mais en vain. Tout ce qui s'était passé depuis son réveil à l'hôpital était admirablement conservé, mais tout ce qui précédait était totalement et complètement effacé. La seule trace des souvenirs anciens se révélait par la facilité et la rapidité avec laquelle étaient saisies, et définitivement fixées, les réacquisitions ; fait intéressant à noter, tous les mots, toutes les notions réacquises s'accompagnent du souvenir exact des conditions de leur acquisition, et à propos de chacun, le sujet peut dire l'endroit, le moment, la personne, ou l'objet (livre, journal), etc... qui ont servi à la perception éducative. Au bout de 7 à 8 jours, l'inconnu fut amené en auto au lieu où il avait été trouvé par les gendarmes. En présence des lieux, il lui revint un bloc de souvenirs : il se vit au bas du talus où il fut trouvé, il se souvint qu'il se sentait défaillir, et qu'il fit un effort surhumain pour se redresser afin d'être aperçu ; puis, entre ce bloc de souvenirs et celui de son réveil à l'hôpital, se plaça encore à ce moment un autre souvenir très vague, celui d'une chaleur intense et gênante sur la tête et la vision d'un appareil chauffant placé au-dessus de lui (appareil électrique « Soleil » qui fut en effet placé auprès de lui, quand on cherchait à le réchauffer à son arrivée à l'hôpital). lI avait été recommandé au sujet, s'il lui arrivait de rêver et de se rappeler son rêve, de le noter au réveil. Le 8e jour, dans la phase du réveil, une adresse lui revint, et il l'écrivit aussitôt « 69, rue Saint-Sauveur, Paris ». Les journaux, ayant relaté son aventure et l'adresse donnée par lui, un journaliste enquêta 69, rue Saint-Sauveur, mais sans résultat. Quelques jours après, un journal publia les trois photos trouvées dans le portefeuille et une photo du sujet prise à l'hôpital de Péronne. Avec ces documents, le journaliste revint 69, rue Saint-Sauveur, et, cette fois, la concierge reconnut dans une des photos, une de ses locataires, et, dans une autre, le fils de cette locataire.

On sut alors que l'inconnu était un représentant d'une maison d'automobiles de Lille, M. L..., qui habitait à Lille et ne venait que de loin en loin à Paris, parfois au bout de trois mois d'absence, soit chez sa femme habitant Boulogne-sur-Seine, soit chez sa mère habitant 69, rue Saint-Sauveur. On sut qu'il avait quitté son domicile le 1er octobre à 10 heures du matin, sans emmener son auto, et sans que rien d'anormal ait frappé son entourage, de telle sorte qu'entre son départ et le moment où il fut trouvé, il s'était écoulé environ 30 heures.

Autre particularité assez troublante : L... avait touché 3.000 francs quelques jours avant la fugue, qui auraient dû être dans son portefeuille, ainsi que trois cartes d'identité diverses qu'il portait toujours sur lui.

Lorsqu'au 20e jour de son entrée à l'hôpital de Péronne, la mère et la femme de L.. se présentèrent, il les reconnut pour être les deux

personnes représentées par les photographies qu'il avait en vain interrogées les jours précédents, mais cette rencontre n'éveilla rien d'autre en lui. Il les suivit, heureux d'avoir retrouvé une famille. A Paris, il ne reconnut point les lieux et, en montant les étages, quand il vit sa mère s'arrêter à un palier, il l'interrogea « C'est ici ? ». En entrant, il aperçut un chat et demanda le nom de cet animal, ayant déjà vu à Péronne des chiens, des poules, des bœufs mais non encore de chats.

Nous avons vu le malade pour la permière fois le 25 octobre. Dès son retour à Paris, L... a repris ses livres d'enfance : arithmétique, grammaire, et surtout dictionnaire. Il s'efforce de réapprendre tout ce qu'il a oublié, et il y réussit d'ailleurs admirablement. Dans la conversation, il lui manque encore souvent des mots, et de même parfois, le sens de certains mots l'arrêtent. Il s'est rendu à son propre domicile avec sa femme ; mais il n'a rien reconnu et aucun groupe de souvenirs nouveaux n'a surgi. Dans Paris, il ne se reconnaît pas, mais dès qu'il a fait un trajet il est acquis par lui. Il interroge souvent sa femme et sa mère, mais il n'ose le faire aussi souvent qu'il en aurait besoin, et s'efforce par le raisonnement, les associations et les rapprochements, à combler toutes les lacunes qui se présentent. Il sait ce que c'est qu'un fruit ; nous lui faisons énumérer tous ceux qu'il connaît ; il cite tous ceux de la saison actuelle, mais ceux-là seulement. Si nous lui demandons ce que c'est qu'une cerise ou une fraise, ces mots ne lui disent rien. Interrogé sur les métiers, il cite le boulanger, le cordonnier, le boucher et quelques autres ; pour chacun d'eux il précise comment il a réappris le nom ; mais il ne peut dire qui fait les plans d'une maison, et qui construit les murs en pierre. Si on lui donne les noms, ils sont aussitôt définitivement fixés.

Tel est l'état au 25 octobre. L'examen somatique est entièrement négatif. La famille nous explique que L.. a fait la guerre, a été gazé notamment par des lacrymogènes qui lui ont laissé des picotements et de la sensibilité des yeux, qu'il a eu du paludisme à Salonique et fait encore une fois ou deux par an des accès de fièvre, qu'il a depuis des maux de tête persistants dont il se plaint très souvent et, qu'enfin, il a toujours été enclin à la dépression et à l'inquiétude et que depuis un an, la crise des affaires avait beaucoup aggravé ses tendances dépressives. Sa femme qui l'avait visité à Lille quelques jours avant la fugue, avait été très impressionnée et était repartie avec la crainte d'une tentative de suicide. Enfin, dernier renseignement très important qu'ignorent et le malade et les siens, et que nous tenons de ses patrons de Lille, L... aurait eu, il y a six mois, un état amnésique qui aurait duré 24 heures.

Pas d'intoxication alcoolique, semble-t-il.

Nous revoyons le malade le 1er novembre. Un fait nouveau s'est produit. Le 31 octobre, en se réveillant, il s'est vu en costume militaire dans les rues d'Angers et, aussitôt, tout un bloc de souvenirs

s'est reformé. Il ne se voit pas partant de Paris ; il se trouve à Angers, à la caserne, et suit de là tout ses souvenirs, passage au front, voyage à Salonique, séjour en 1919 à Constantinople, et retour jusqu'à un port de la mer Egée où la coupure de ses souvenirs se fait complète. Pas d'autre acquisition jusqu'à ce jour.

Tel est notre malade.

La première hypothèse qui vient à l'esprit c'est celle de la possibilité d'une simulation. Nous avons cherché s'il pouvait s'agir d'une simulation intéressée. Nous ne trouvons que la possibilité d'un désir d'obtenir une pension militaire. Les faits pourraient militer en faveur de cette explication : situation matérielle difficile de L... réduit à un fixe de 1.000 francs par mois, sans bénéfices supplémentaires sur des affaires devenues nulles ou à peu près ; allégations des maladies de guerre avec leur continuité actuelle ; retour de la partie des souvenirs se rapportant justement à cette période de guerre ; enfin question de la mère à notre dernier examen (8 nov.), demandant si cet état ne pourrait pas valoir à son fils une pension.

Bien que l'hypothèse de simulation ne puisse pas actuellement être rejetée complètement, nous pensons cependant qu'elle est peu probable.

Certes, le syndrome présenté par L... sous une forme aussi totale et complète est exceptionnel. Les amnésies rétrogrades sont d'habitude partielles et ne portent que sur un laps de temps limité, même s'il est très long. Il existe cependant. Nous en avons observé un cas avec le P^{r} Joffroy, qui, bien que suspect, était cependant considéré par les D^{rs} Legrain et Benon, comme tout à fait légitime. Il s'agissait d'une amnésie post-traumatique ouvrant droit à une indemnité d'accident du travail. Le Prof. G. Dumas en a signalé chez les commotionnés de guerre.

D'autre part, il y a dans l'évolution et la forme des accidents une présomption très forte d'amnésie vraie. Nous n'avons relevé aucune bizarrerie, contradiction ou fantaisie dans un rôle pourtant bien difficile à tenir avec un syndrome aussi complet. Il y a notamment dans les détails des automatismes conservés, et des modes de réacquisition de notre malade des enseignements tout à fait intéressants pour la psychologie des amnésies. Nous ne pouvons les faire entrer dans la présentation d'aujourd'hui.

Peut-être l'évolution nous apportera-t-elle prochainement un critérium sûr. D'après les observations des auteurs, notamment de celles rapportées par Joffroy et Dupouy, le pronostic de ces amnésies est d'ordinaire favorable. La guérison se fait par réap-

parition d'îlots successifs qui finissent par se souder et rétablir l'unité de la personnalité. S'il en était ainsi chez notre malade, la guérison permettrait d'éliminer la simulation, qui ne pourrait être qu'intéressée car il n'y a ici aucun des caractères des simulations gratuites des mythomanies pures.

J'ajoute que notre examen reste incomplet au point de vue physique : il faudrait faire encore un examen de fond d'œil et une ponction lombaire que nous allons pratiquer.

En raison de la notion étiologique de paludisme, nous avons mis ce malade à l'arsenic et à la quinine.

Le malade est introduit. Avec un peu d'émotion, il confirme ce que le présentateur a dit de lui, et déclare avoir réappris son passé et recouvré la lecture et l'écriture dans les récits et les leçons que lui firent ses parents et son entourage depuis la mystérieuse éclipse de sa mémoire.

M. Georges Dumas. — Ce sont les automatismes moteurs qui jouent le rôle capital dans la régression des amnésies, comme j'ai pu l'observer chez des traumatisés. Ainsi, un individu qui avait appris d'une façon tout automatique, d'après la méthode Berlitz, l'allemand et l'anglais en conversant sans effort avec le professeur pendant quelques mois et qui avait au contraire laborieusement et scientifiquement appris le latin et le grec pendant 8 ans d'études sérieuses, recouvra rapidement l'anglais et l'allemand, tandis qu'il lui fallut très longtemps pour recouvrer péniblement le latin et le grec.

Chez ces amnésiques, les habitudes motrices persistent parfois à l'insu du sujet. Un tailleur de pierres qui avait tout oublié et qui, à ma demande, répondait ne plus savoir comment s'y prendre pour tailler une fleur, en sculpta une dès qu'il eut le ciseau et le bloc en mains.

Quelquefois à l'amnésie véritable survit une persévération pithiatique, tel un sujet qui après deux mois d'un syndrome de Korsakoff immuable, recouvra la totalité de sa mémoire après un torpillage de deux heures.

M. Roger Dupouy. — Généralement, ces amnésiques présentent de la fabulation de remplissage pour suppléer à la perte des souvenirs.

H. Henri Claude. — Généralement quand l'accès d'amnésie confusionnelle disparaît, comme on le voit fréquemment chez les azotémiques par exemple, le sujet en redevenant lucide,

reprend conscience aussitôt de sa personnalité. Tel n'est pas le cas ici. Et l'on pense plus à une cause pithiatique qu'à une cause organique.

M. MARCHAND. — Dans de pareils cas, la ponction lombaire est toujours à faire. Des paralysies générales ont parfois une fugue confusionnelle comme première manifestation.

M. Xavier ABÉLY. — La richesse verbale, la correction de la syntaxe de ce sujet ne se rencontrent guère dans les amnésies organiques.

M. CAPGRAS. — Il a en effet une aisance de vocabulaire surprenante pour un confus.

M. COURBON. — Le mystère des circonstances étiologiques de cette amnésie totale qui frappe soudain un homme jeune et valide, en faisant disparaître 3.000 fr. qui lui permet de se transporter à des dizaines de lieues dans la campagne sans plus friper sa toilette qu'au sortir d'un avion de luxe, qui ne s'accompagne d'aucun signe d'une atteinte quelconque de l'état physique, me paraît plus étonnant encore que les explications faciles fournies par le sujet sur le mécanisme de la récupération progressive de sa mémoire. Cet étonnement ne plaide pas en faveur de la sincérité et l'épithète pithiatique paraît un euphémisme pour qualifier cette fugue apparemment non pathologique.

M. Achille DELMAS. — La ponction lombaire n'a malheureusement pas été faite, mais nous la ferons. Le problème est en effet difficile et l'étiologie obscure ; c'est pour cela que nous avons cru intéressant de présenter le cas. Il n'y a pas eu de fabulation de remplissage. Je crois le sujet sincère. D'ailleurs, ces amnésies disparaissant en deux ou trois mois, nous aurons la preuve de cette sincérité par la disparition totale de l'amnésie à cette date.

Délire aigu post-opératoire par encéphalite. Thrombose de l'aorte et de l'iliaque gauche ; nécrose partielle du pancréas, par L. MARCHAND et A. COURTOIS.

C'est un fait banal qu'une intervention chirurgicale peut être suivie d'un accès confusionnel plus ou moins durable et d'évolution variable. A côté des cas de *delirium tremens* observés déjà par Dupuytren et déclanchés chez des alcooliques chroniques par une opération souvent bénigne, il en est d'autres, où en dehors

de toute intoxication alcoolique, survient un syndrome confusionnel, du type délire aigu, évoluant en peu de jours vers la mort.

C'est une observation anatomo-clinique d'un cas de ce genre — à ranger dans le groupe des encéphalites psychosiques aigues secondaires — que nous présentons aujourd'hui.

A. Moïse, 50 ans, typographe, entre au service d'observation de l'hôpital Henri Rousselle, le 15 janvier 1932.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires. Ses antécédents personnels sont particulièrement chargés. A 4 ans, il a perdu la vision à droite ayant eu l'œil brûlé par de la cendre de cigare. A 13 ans, il est traité pour un « commencement de méningite ». A 33 ans, il présente subitement une hémiplégie droite qui rétrocède rapidement et dont il ne persiste aucun symptôme apparent. Cinq ans plus tard, à 38 ans, au cours d'un séjour en Espagne, A... présente un accès d'excitation et reste interné 15 jours dans un asile d'aliénés.

Malgré ces accidents, A... a continué à travailler régulièrement ; il passe pour un excellent technicien et est employé depuis longtemps dans un grand journal parisien.

Ajoutons de plus qu'il est parfaitement sobre. Plusieurs examens de sang et même une ponction lombaire pratiquée pendant la guerre alors qu'il était incorporé, ont donné des résultats constamment négatifs. Ces examens avaient été répétés surtout en raison de la grosse inégalité pupillaire avec rigidité à droite, consécutive à l'accident de l'enfance.

Les troubles mentaux récents sont survenus après une opération pour hydrocèle bilatérale, exécutée dans un service spécialisé des hôpitaux.

L'intervention eut lieu 8 jours avant l'entrée à l'hôpital Henri Rousselle. Les suites locales furent des plus simples, aucune suppuration n'est signalée non plus que de la fièvre. Mais après quelques jours d'insomnie et d'énervement, éclate brusquement, la veille de l'entrée, une « agitation furieuse ».

Ce tableau persiste encore pendant les premières heures de séjour dans le service, excitation psychomotrice, fuite des idées, cris, insultes à ceux qui l'entourent ou l'interrogent. Violences contre le personnel. Lacération du linge et des pansements. Fièvre élevée : 39°2.

Tout interrogatoire est alors impossible. Mais, dès le lendemain, 16 janvier, l'agitation motrice est tombée. On constate alors un état confusionnel. Orientation imprécise, se croit en février, vers le 15 se dit dans le service depuis 3 jours, ne sait où il se trouve. Les propos sont rapides, décousus, parfois caustiques à la façon des maniaques, avec ordres impératifs, opposition et cris par jeu.

L'état général ne paraît pas mauvais, la fièvre a disparu (36°8) cependant deux symptômes, le refus d'aliments qui est presque complet et la sécheresse de la langue sont signalés dès ce moment.

Les réflexes tendineux sont plutôt faibles. La pupille gauche réagit normalement à la lumière. Cécité à droite.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatifs. Liquide céphalo-rachidien (16 janvier) alb. : 0,25 ; glob. 0 ; leuco : 0,4. Benjoin : 00000.02210.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Les jours suivants, même état mental avec excitation psychique euphorique, logorrhée incoercible, mais sans agitation motrice.

L'alimentation reste difficile, mais suffisante si l'on insiste. Gâtisme. L'azotémie est à 1 gr. 08 (18 janvier) et va se maintenir autour de ce chiffre toute une semaine (1 gr. 05 le 25) bien que l'alimentation soit alors devenue satisfaisante. La température oscille entre 36°1 et 38°2. Les urines ont pu être recueillies le 22, elles contiennent 0 gr. 06 0/00 d'albumine et pas de sucre.

Les plaies opératoires sont en bonne voie de cicatrisation. Mais l'état général s'altère. Le 25 janvier, on note : cessation de toute excitation psychique. Affaissement, torpeur, d'où une incitation brusque fait facilement sortir le malade. Marmottements. Sub-agitation motrice automatique, carphologie. Langue rôtie, cartonnée. Pas de signes pulmonaires. Mais on constate une cyanose de la jambe gauche avec impotence, refroidissement, abolition du réflexe rotulien. La tension artérielle au poignet est de 11-6 (Pachon) ; à la cheville droite 11-8 : à la gauche, les oscillations sont imperceptibles, à peine ébauchées autour de 9.

Aggravation rapide de l'état général et local. Le 28, tout le membre inférieur gauche est glacé, livide, les muscles sont durs ; légère augmentation globale du volume du membre ; début de gangrène de l'orteil. Absence de douleurs.

La jambe droite est normale.

L'azotémie monte à 3 gr. 01 le 27. Torpeur et coma progressifs. Fièvre 38° le 29. Montée brusque à 40°3 le 30, à 2 heures du matin, au moment du décès.

Evolution totale de l'accès délirant, 16 jours ; décès, 23 jours après l'intervention chirurgicale.

Autopsie

Encéphale. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte cranienne.

Suffusions sanguines piemériennes diffuses.

Aucune autre lésion macroscopique. Pas d'athérome des artères de la base.

L'hémisphère droit pèse 540 gr., le gauche est de même poids ; cervelet et bulbe : 160 gr.

Organes. — Poumons. — Pas de lésions, le droit pèse 420 gr., le gauche 560 gr.

Cœur. — 270 gr. Pas de lésion macroscopique. Pas d'athérome aortique.

Aorte abdominale en partie thrombosée. L'artère iliaque gauche est complètement oblitérée par un caillot qui paraît organisé.

Foie. — 1.120 gr. Apparence normale.

Reins. — Tous les deux sont de même poids : 130 gr. Dans le rein droit, petit kyste sous capsulaire de la grosseur d'une noix renfermant du liquide clair jaunâtre.

Rate. — Très hypertrophiée, 320 gr. d'apparence apoplectique.

Pancréas. — Au niveau de la queue du pancréas, nécrose se présentant sous l'apparence d'une collection grisâtre fluctuante.

Examen microscopique

Encéphale. — Méninges : suffusions sanguines sans réaction inflammatoire.

Cortex. — Les cellules sont altérées, elles prennent une coloration très pâle au Nissl. Corps d'apparence granuleux, prolongements très peu visibles, noyaux souvent excentriques. Disparition des cellules par autolyse sans neuronophagie.

Au niveau des lobes frontaux, par places, satellitose prononcée des cellules les plus profondes de la couche corticale.

Quelques vaisseaux de la substance blanche sous-corticale sont bordés de cellules mononucléées se disposant parfois autour d'un capillaire en groupes d'une quinzaine d'éléments. A noter quelques hémorragies miliaires, sans altération notable des parois vasculaires.

Noyaux gris centraux. — Dilatation vasculaire énorme. Quelques hémorragies capillaires. Lésions aiguës des cellules nerveuses. Aspect normal de l'épithélium ventriculaire.

Couche optique. — Altération profonde des cellules de la couche optique, dont un certain nombre sont en voie d'autolyse. Pas de lésions périvasculaires.

Cervelet. — Suffusions sanguines intrapiemériennes sans réactions inflammatoires. Altération des cellules de Purkinge, dont le corps se colore à peine au Nissl. Noyaux et nucléoles encore très apparents.

Pédoncules. — Dilatation des vaisseaux, légère périvascularite intéressant quelques vaisseaux. Les cellules du *locus niger* sont relativement peu altérées.

Bulbe. — Foyer de sclérose cicatricielle occupant la partie latérale du bulbe du côté droit, au-dessus du sillon latéral, et intéressant le pédoncule cérébelleux inférieur. On trouve dans ce foyer de nombreux faisceaux de fibres collagènes disséminés dans le tissu névroglique fibrillaire. Cellules nerveuses calcifiées autour de la zone cicatricielle.

Pas de lésions profondes des cellules des nerfs craniens.

Pas d'altérations de l'épithélium ventriculaire.

Organes : Artère iliaque gauche. — Thrombose complète de l'artère par un caillot sanguin récent en voie d'organisation. Infiltration de l'adventice par de nombreux polynucléaires dont certains pénètrent dans la musculeuse. Aucune lésion athéromateuse.

On ne décèle dans le thrombose aucun microbe.

Pancréas. — Nécrose partielle du pancréas. Les cellules glandulaires et le tissu conjonctif deviennent amorphes. Légère réaction inflammatoire autour du foyer du nécrose.

Reins. — Néphrite subaiguë représentée par des amas considérables de cellules embryonnaires dans les travées conjonctives. Dégénérescence granuleuse des *tubuli contorti.*

Foie. — Hépatite scléreuse, infiltration embryonnaire considérable des espaces portes. Dislocation des travées hépatiques. Nombreux foyers de polynucléaires disséminés au milieu du tissu parenchymateux.

Rate. — Apoplectique ; les corpuscules de Malpighi sont dissociés par des globules rouges et sont peu apparents.

⁂

Cette observation mérite de retenir l'attention à plusieurs titres.

Il n'est pas banal d'observer une complication aussi grave qu'une encéphalite après une opération d'hydrocèle, opération qui passe pour bénigne, fut exécutée dans les meilleures conditions d'un service hospitalier parisien spécialisé, et dont les suites furent apyrétiques.

D'autre part, il importe de noter l'atteinte à la fois du système nerveux et du système artériel, cette dernière, manifestée par une thrombose partielle de l'aorte, jusqu'à la hauteur de la 1re dorsale environ, obstruant en partie les artères qui naissent de sa moitié gauche et complètement l'iliaque gauche. On peut se demander si une infection n'a pas gagné de proche en proche à partir de la plaie scrotale pour envahir progressivement l'aorte, certaines de ses collatérales et l'iliaque gauche.

Les lésions inflammatoires du foie, des reins et de la rate montrent d'ailleurs que l'infection était généralisée.

On peut admettre aussi qu'un véritable processus septicémique exista le jour de l'entrée du malade dans le service, s'étant manifesté par un accès passager de fièvre élevée (+ de 39°). Il est à regretter qu'une hémoculture n'ait pu être pratiquée ce jour-là. Ensuite, après une courte apyrexie, persista un état fébrile léger (max. : 38°2) irrégulier.

Quelles que soient les lésions inflammatoires observées — même dans le foie où existe une réaction à polynucléaires — on ne put mettre en évidence des éléments microbiens quelconques.

La durée de la maladie ne fut pas différente de la durée moyenne des encéphalites psychosiques primitives ou secondaires que nous avons observées jusqu'ici.

Un autre point important, c'est la fragilité du système nerveux de notre malade. Dès l'adolescence, il fut traité pour un « début de méningite » ; plus tard, à 33 ans, hémiplégie droite dont les lésions cicatricielles bulbaires donnent l'explication sans livrer la cause (ramolissement ou hémorragie) ; à 38 ans, c'est un accès confusionnel motivant un court internement. Puis, pendant 12 ans, aucun symptôme morbide n'attire l'attention sur le système nerveux ; l'intelligence reste normale sinon supérieure, pas de troubles affectifs ni de réactions pouvant gêner la vie collective ; l'activité professionnelle est conservée entière bien que le métier soit délicat. Mais, à 50 ans, il suffit d'une opération chirurgicale bénigne, que suit sans doute une invasion infectieuse dont nous n'avons aucun motif de supposer la gravité, pour qu'à nouveau les défenses du cerveau se trouvent débordées. Un accès confusionnel éclate et évolue sous le type du délire aigu. Secondairement, une thrombose aortique étendue se constitue qui, pour une part, semble responsable du décès.

Mais les modifications histologiques inflammatoires du névraxe montrent l'importance de l'agent occasionnel qui ne doit pas être sous-estimé même quand la fragilité initiale du système nerveux est patente. En réalité, ces deux éléments, le terrain — dont la valeur semble le plus souvent fonction de la transmission héréditaire — et l'infection, se partagent plus ou moins également, dans la plupart de ces encéphalites mortelles, la responsabilité de la gravité des troubles mentaux et de l'évolution fatale.

La séance est levée à 11 h. 45.

Les Secrétaires des séances,
Paul Courbon et Paul Abély.

Séance du Lundi 28 Novembre 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

M. MARCHAND, *Président.* — En ouvrant la séance, je salue notre collègue belge le professeur D'HOLLANDER, membre associé étranger de la Société médico-psychologique et je lui souhaite en votre nom la plus cordiale bienvenue. J'éprouve une satisfaction bien légitime à présider cette réunion dans laquelle l'éminent neuro-psychiatre, appartenant à une nation qui fut toujours unie à la France par des sentiments confraternels, va nous exposer ses recherches sur la démence précoce. L'échange de vues que sa communication ne manquera pas d'entraîner sera fécond et je le remercie bien vivement au nom de la Société du grand honneur qu'il nous fait. Je salue également la présence parmi nous aujourd'hui du Dr Ernest DE CRAENE, agrégé à l'Université de Bruxelles, membre associé étranger de notre Société.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 24 octobre 1932 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Jean STANESCO, de Bucarest, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr Hector M. PINERO, Secrétaire général de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires, qui remer-

cie la Société d'avoir été inscrit sur la liste des *membres associés étrangers*, lors de la fusion des Sociétés psychiatriques ;

une lettre de M. le Dr Jacques RONDEPIERRE, ancien interne des Asiles de la Seine, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* une Commission composée de MM. Paul ABÉLY, CAPGRAS et COURBON, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du jeudi 22 décembre 1932 ;

une lettre de M. le Dr Jean SEBEK, professeur agrégé de Neuropathologie à l'Université de Prague, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger ;* une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, FRIBOURG-BLANC et LAUZIER, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du jeudi 22 décembre 1932.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Sur la proposition du Bureau, la Société déclare une place de *membre titulaire* vacante par suite du décès du Dr Pierre KAHN. Les lettres de candidature et les titres et travaux des candidats devront être parvenus au Secrétaire général avant la séance du jeudi 22 décembre 1932. L'*élection* aura lieu à la séance du *lundi 23 janvier 1933.*

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Roger DUPOUY au nom d'une Commission composée de MM. Henri CLAUDE, L. MARCHAND et Roger DUPOUY, sur les titres de M. le Dr Jean PICARD, de Bonneval (Eure-et-Loir), candidat au titre de *membre correspondant national* de la Société, il est procédé au vote :

Nombre de votants : 25
Majorité absolue : 13

A obtenu :

M. le Dr Jean PICARD 25 voix.

M. le Dr Jean PICARD, médecin-directeur de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir), est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Séance réservée à l'étude des rapports de la Tuberculose et de la Démence précoce

La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées, par M. F. D'HOLLANDER, avec la collaboration du Dr ROUVROY.

Cette communication est publiée *in extenso* comme Mémoire original à la page 417 de ce même numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Henri CLAUDE. — J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt le brillant exposé que vient de faire M. d'Hollander ; je connaissais d'ailleurs certains des résultats, soit d'ordre anatomo-pathologique, soit d'ordre expérimental qu'il a déjà publiés et qu'il a eu l'amabilité de me faire connaître. Les préparations qu'il vient de projeter apportent des documents très importants à l'étude des relations de la démence précoce et de la tuberculose, étude qui est entreprise aujourd'hui de divers côtés et dans laquelle on trouvera la démonstration de l'existence de lésions du cerveau portant la signature de la toxi-infection.

Ces cas rapportés par M. d'Hollander rappellent celui que je présentais à la Société de psychiatrie en 1908, en l'intitulant psychose toxi-infectieuse à forme de démence précoce, par déférence pour l'opinion qui régnait alors que la démence précoce avait pour substratum une lésion uniquement épithéliale. Depuis lors, on a reconnu avec moi que les lésions toxi-infectieuses des méninges et des vaisseaux peuvent conditionner ce syndrome. Ce qu'il importe désormais, c'est, dans cette pathogénie nouvelle, de distinguer la part qui revient aux diverses intoxications ou infections, notamment à la syphilis et à la tuberculose. Les travaux de M. d'Hollander sont démonstratifs en ce qui concerne cette dernière. Ils prouvent que le liquide céphalo-rachidien des déments précoces injectés à des cobayes les tuberculise.

Dans mon article récent du *Paris Médical*, avec Baruk, sont rapportées des observations où sont évidents les rapports de la démence précoce avec la tuberculose. Tel, le cas d'un dément précoce sorti de l'asile guéri qui mourut plus tard de méningite

tuberculeuse. Tel, le cas d'un autre qui, après avoir subi une trépanation décompressive efficace contre une méningite séreuse avec amaurose, fit longtemps après, une poussée tuberculeuse dans diverses séreuses et encore plus tard une adénite.

La conception de certains auteurs qui voient dans le bacille tuberculeux trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces un simple bacille de sortie et les cas où les troubles mentaux ne s'accompagnent d'aucune lésion, demandent à être éclaircis.

Il faut, désormais, en combinant d'une part l'observation clinique et anatomo-pathologique, d'autre part l'expérimentation, étudier toutes les formes hébéphrénique, confusionnelle, catatonique, paranoïdo-schizophréniques de la démence précoce pour voir si l'on parvient à isoler des types clinico-anatomo-étiologiques de démence précoce.

M. H. Baruk. — J'ai été tout particulièrement intéressé par le remarquable exposé de M. D'Hollander, et par les magnifiques préparations histologiques qu'il vient de faire défiler sous nos yeux.

Je me permettrais de lui demander encore quelques renseignements au sujet de ses belles recherches : tout d'abord, quel était le passé de ses malades ? Avaient-ils présenté avant leur démence précoce des antécédents tuberculeux ? Présentaient-ils encore des signes radiologiques ou humoraux attestant une atteinte tuberculeuse ?

Je voudrais également demander à M. D'Hollander quelques détails sur les *critères bactériologiques* qui lui permettent de déceler le virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de ses malades. De deux choses l'une en effet, ou bien ce liquide céphalo-rachidien contient du bacille de Koch, ou bien du virus filtrant. Dans le premier cas son inoculation au cobaye doit donner lieu dès la première inoculation à une adénopathie, et à une tuberculose généralisée type Villemin. Dans le second cas, on devrait noter aussi des ganglions, dont la réinjection par passages successifs chez les cobayes arrive à reproduire des bacilles. Dans les deux cas, la présence d'adénopathie revêt une importance capitale. Or il me semble que dans les cas rapportés par M. D'Hollander, il s'agit surtout de lésions histologiques principalement viscérales, et pas ou peu ganglionnaires. Il semble donc s'agir d'une tuberculose très spéciale, différente à certains points de vue des deux grandes formes de virus tuberculeux que nous connaissons encore actuellement.

Reste enfin la question des rapports exacts de la démence précoce et du virus tuberculeux. La constatation de ce virus dans le sang, et surtout dans le liquide céphalo-rachidien constitue certes un fait de grande valeur. Mais est-il absolument démonstratif ? La présence du virus tuberculeux dans l'organisme et même au contact des centres nerveux est-elle suffisante pour déterminer une atteinte du parenchyme ? Rappelons à ce sujet qu'on a cherché bien souvent par inoculation directe de bacilles tuberculeux sous la dure mère ou dans les vaisseaux carotidiens à reproduire expérimentalement la méningite tuberculeuse « sans jamais, suivant l'expression de Calmette, y réussir dans des conditions satisfaisantes ». C'est seulement en pratiquant cette injection non plus chez des animaux neufs, mais chez des animaux déjà porteurs d'une tuberculose ganglionnaire que les auteurs américains ont pu récemment réaliser avec plein succès cette méningite tuberculeuse expérimentale.

Il ne suffit donc pas de la présence du virus tuberculeux. Il faut, en plus, une préparation spéciale, une *sensibilisation particulière* de l'organisme pour que le virus tuberculeux se fixe d'une façon vraiment élective sur le système nerveux central. Nous voyons ainsi toute l'importance de la notion d'allergie sur laquelle j'ai insisté avec mes collaborateurs dans la précédente communication.

C'est pourquoi dans les recherches expérimentales que nous poursuivons avec M. Bidermann et Albane depuis plus d'un an et demi sur ce sujet, nous avons toujours pratiqué, à côté de l'inoculation directe, à des cobayes neufs, l'injection du liquide céphalo-rachidien à des cobayes allergiques et sensibilisés. Ce sont les résultats de cette méthode que nous allons vous exposer dans un instant.

M. Targowla. — J'ai étudié aussi, après bien d'autres, les rapports de la tuberculose et des psychoses, spécialement de la démence précoce. Dans un article de *Paris Médical*, j'ai apporté en mars 1928 une série d'arguments en faveur de la nature tuberculeuse d'un processus de débilité mentale évolutive voisin de la démence précoce au point de vue clinique (avec A. Lamache). En juin 1929, j'ai présenté avec M. Rubenovitch une observation caractéristique de démence précoce catatonique tuberculeuse ; l'*Encéphale* a publié ma communication comme article original en février 1930. J'insistais notamment sur la lenteur évolutive, l'espèce d'atonie du processus tuberculeux, caractère important sur lequel se rencontrent avec moi MM. Claude et Baruk. Je

considérais ces faits comme des psycho-encéphalites tuberculeuses, et j'émettais l'hypothèse qu'il s'agissait d'un virus filtrant.

Par ailleurs, j'ai soutenu la nature tuberculeuse du délire polymorphe tel que l'a décrit Magnan.

A la même époque, j'ai pratiqué (avec M. Ombredane, M. Rubenovitch) des réactions à la tuberculine et, d'une façon plus générale, au sérum de cheval. L'ensemble de nos recherches n'a pas été publié, mais on en trouvera la trace dans diverses publications. Nous ne nous sommes pas bornés à la démence précoce ; dans la majorité des cas, quel que fût leur aspect clinique et leur nature présumée, nous avons trouvé des réactions fortement positives d'hyperallergie cutanées au cours de la période d'état ; l'intensité de ces réactions décroissait, dans les cas curables, au moment de la convalescence. Il n'y a donc pas là un phénomène propre à la tuberculose et à la démence précoce, mais commun à toutes les psychopathies (ou, si l'on veut, psycho-encéphalites). Quant au balancement entre les troubles psychiques et les manifestations somatiques, c'est également un phénomène général sur lequel avaient déjà insisté Esquirol et ses successeurs, et fondé toute une thérapeutique dérivative ou substitutive. Il ne faut pas envisager le rôle du terrain exactement comme en pathologie générale, mais tenir compte surtout de la biologie du tissu nerveux, de sa constitution physico-chimique, dont les réactions aux causes pathogènes impriment une allure spéciale à tous les processus encéphalitiques ; les atteintes toxi-infectieuses du parenchyme nerveux se distinguent par plusieurs particularités des processus généraux correspondants.

M. Gouriou. — Les résultats si précis qui couronnent les belles recherches du professeur d'Hollander sont d'une portée considérable pour l'étude de la nature intime de ce que nous appelons démence précoce, même si l'avenir révèle, à côté du bacille de Koch, l'existence et l'action, suivant un processus biologique analogue, d'autres virus.

Les caractères évolutifs spéciaux des lésions tuberculeuses provoquées chez les animaux d'expériences permettront sans doute de mieux comprendre les cas de démence précoce cliniquement affirmée, dont les signes s'atténuent ou disparaissent quand éclate une tuberculose générale ou locale — méningée ou autre. M. le professeur Claude en a rapporté un cas. Je voudrais parler des trois cas les plus récents que j'aie observés dans mon service de Maison-Blanche.

Le premier concerne une jeune femme, démente précoce hébé-

phréno-catatonique qui, au bout d'un an, présente des signes de tuberculose pulmonaire bilatérale ulcéro-caséeuse. Sa catatonie cède alors rapidement, ainsi que son mûtisme, son négativisme. Son comportement devient très rapidement normal. Elle cesse d'être une malade mentale pour n'être plus qu'une phtisique et ce nouvel état persistant pendant un an, je demande et j'obtiens son départ de l'asile. Cette malade est morte depuis sans autre modification de son état mental.

Le deuxième cas est celui d'une jeune fille de 17 ans, entrée à l'asile avec le diagnostic d'hébéphréno-catatonie : alternatives et quelquefois mélange d'excitation et de dépression, négativisme, conservation des attitudes, discordances variées. Peu après un traitement polyglandulaire où prédominaient les extraits surrénal et thyroïdien, les symptômes s'amendent et le comportement devient normal ; et en même temps se déclanche une pleurésie séreuse bacillaire qui est traitée à l'asile. La malade sort après sa convalescence et vit depuis, sans troubles mentaux, dans sa famille.

Le troisième cas est celui d'une jeune femme présentant un syndrome de démence précoce paranoïde avec tendances catatoniques, attribué à un choc émotif grave. Au bout de quelques mois d'asile, la malade présente un matin une sédation totale de son délire incohérent, de ses attitudes discordantes et se plaint en termes précis et adéquats de différents troubles : céphalée, rachialgie, photophobie. Elle se montre orientée et pertinente et n'offre plus que le tableau habituel de la méningite tuberculeuse qui l'emporte rapidement.

Ce sont ces cas de résurrection de l'intellect, que l'on voit d'ailleurs chez les hébéphréno-catatoniques sous d'autres influences que la tuberculisation, qui font le plus douter de l'existence d'un affaiblissement précoce profond irrémédiable et progressif et la plupart de psychoses discordantes.

Dans la discussion qui suivit la récente communication à la Société de mon ami Heuyer sur l'affaiblissement intellectuel fondamental de la démence précoce, j'ai dit en me basant sur de telles observations ma préférence pour la conception de « réactions schizophréniques à des états divers », surtout chez les jeunes sujets. Les travaux de M. le professeur d'Hollander tendraient peut-être à montrer que ces réactions schizophréniques sont liées à une sensibilisation spéciale de l'encéphale au virus, à une sorte de réaction atypique en vase clos ; leur disparition au moment où le virus généralise son action ou la localise ailleurs, amenant les réactions humorales générales typiques, coïnciderait avec la désensibilisation concomitante du névraxe.

Cette hypothèse, comme toutes celles qui découleront de ces recherches, n'est évidemment valable que pour les formes peu avancées de démence précoce. Dans les formes vieilles, des lésions se sont organisées et l'on sait que la tuberculose tardive n'amène chez les démences précoces anciennes que peu de modifications de leur psychisme.

M. GUIRAUD. — Dans un problème aussi important que l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce, j'estime que l'anatomie pathologique seule n'est pas un critérium suffisant, surtout quand elle montre des lésions sensiblement différentes de celles de la tuberculose classique du cobaye inoculé expérimentalement.

Le seul élément sur lequel on puisse s'appuyer avec certitude est l'identification indubitable et constante des formes bacillaires acido-alcolo-résistantes du virus tuberculeux.

On peut rechercher, à partir du liquide céphalo-rachidien ou de la substance cérébrale des déments précoces, l'ultra-virus tuberculeux ou la forme classique virulente du bacille de Koch.

Pour la recherche de l'ultra-virus, on doit employer les procédés actuellement bien connus, soit : 1° le sacrifice du cobaye de trois semaines à un mois après l'inoculation et la recherche de bacilles avirulents acido-résistants dans de nombreux frottis de ganglions lombaires ou trachéo-bronchiques ; 2° la méthode de Van Deinse qui permet de trouver les bacilles dans un précipité intrapéritonéal de phosphate de chaux ; 3° l'inoculation intra-ganglionnaire. Depuis 1931, j'ai fait de nombreuses recherches pour les deux premières méthodes. D'abord, j'ai choisi des malades tuberculeux délirants suspects de tuberculose encéphalique ; j'ai trouvé l'hypertrophie ganglionnaire, quelquefois des abcès microscopiques dans les ganglions, mais je n'ai jamais pu mettre en évidence de bacilles acido-résistants, indiscutables. Pour quatre déments précoces non tuberculeux, j'ai utilisé la première méthode avec trois réinoculations sans trouver dans les frottis ganglionnaires aucune forme positive malgré des recherches extrêmement prolongées. Egalement, je n'ai pas obtenu de résultats avec la méthode de Van Deinse. D'autres auteurs semblent avoir été plus heureux d'après leurs communications.

M. d'Hollander n'a pas recherché l'ultra-virus, mais la tuberculine classique. Dans ces conditions, je suis étonné que dans de très nombreuses lésions considérées par lui comme tuberculeuses (et qui si j'ai bien entendu la communication sont déjà constituées 10 ou 15 jours après l'inoculation), il n'ait pas trouvé fréquemment, sinon constamment, de nombreux bacilles de Koch.

Inoculé au cobaye animal particulièrement sensible, le bacille virulent classique, s'il est capable de provoquer des lésions généralisées, doit pulluler chez l'animal inoculé. Il devrait pulluler encore plus chez les cobayes qui ont subi la réinoculation de tissus riches en follicules et en cellules géantes. Or, M. d'Hollander nous dit que dans de nombreuses coupes ou frottis, il a trouvé un ou deux bacilles de Koch et une fois .

M. Paul Abély. — Je demanderai à M. d'Hollander si pour obtenir des réactions positives il n'avait pas besoin d'injecter moins de sang que de liquide céphalo-rachidien ?

M. d'Hollander. — Nous n'avons pas voulu usurper une compétence bactériologique ou biologique que nous n'avons pas. Nous sommes restés sur le domaine de la clinique, et de l'anatomie pathologique, faisant appel aux spécialistes, quand nous en avions besoin. Nous voulions voir ce que nous trouverions par nos expériences. Et ce sont les travaux de Besançon qui nous ont orientés et nous ont permis de nous faire une idée de la nature des lésions constatées.

Nous n'avons trouvé le bacille de Koch que lorsque nous avons eu des lésions de Villemin. Ce fut rare. L'atteinte nous a paru plus fréquente viscérale que ganglionnaire.

Nous n'avons pas fouillé les antécédents des sujets n'ayant d'autre objectif que de bien noter ce que nous observerions.

Il faut en effet beaucoup moins de sang que de liquide céphalo-rachidien pour avoir des réactions positives.

Nous sommes moins avancés pour la démence précoce que pour la paralysie générale, envers laquelle nous possédons des critères biologiques et sérologiques.

La preuve que le virus existe dans le cerveau et qu'il le traverse pour apparaître dans le liquide céphalo-rachidien nous est donnée par le cas où nous avons obtenu une inoculation positive en faisant cette inoculation avec de la substance cérébrale d'une malade.

Pour conclure, nous avons besoin de continuer à chercher comme l'indique M. H. Claude.

Ultra-virus tuberculeux et démence précoce, par MM. E. Toulouse, P. Schiff, J. Valtis et F. Van Deinse (*avec deux tableaux dans le texte*).

(*Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle et du Laboratoire du professeur Calmette à l'Institut Pasteur*).

Dans une communication antérieure à la *Société de Biologie* (18 avril 1931), nous avons apporté le premier fait expérimental permettant de conclure à la présence du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un malade considéré comme un dément précoce par des psychiatres très autorisés.

Ce fait nous avait paru remarquable, car depuis longtemps les relations de la tuberculose et de la démence précoce sont affirmées par divers auteurs, mises en doute par d'autres. L'examen clinique indique la fréquence des lésions tuberculeuses chez des déments précoces d'asile après plusieurs années d'internement. D'autre part, le développement d'une schizophrénie paraît se faire plus facilement chez des sujets montrant les signes de ce qu'on appelle, d'un terme encore imprécis, le terrain tuberculeux. Le même problème est posé par ces deux faits : il s'agit de dire si la tuberculose joue dans la démence précoce un rôle étiologique, ou si elle est seulement un facteur concomitant. Ce qui rend difficile, en effet, l'appréciation des résultats cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques publiés jusqu'ici, c'est le choix des sujets. Ou bien l'on s'adresse à des déments précoces longuement observés dont le diagnostic est indiscutable : étant donné les surprises que peut réserver pour tout aliéniste le diagnostic de la démence précoce au début, on ne peut étudier, si l'on veut un diagnostic certain, que des malades d'asile profondément atteints dans leur vie psychique et organique. Inévitablement, la question se pose alors de savoir s'ils n'ont pas été tuberculisés secondairement, à la suite d'inertie ou d'immobilité catatoniques, d'hypoalimentation volontaire et de mauvais état général. Ou bien au contraire on choisit des sujets au début de l'affection, on risque alors d'errer dans le diagnostic et le pronostic et d'entreprendre des recherches chez des sujets qui ne sont pas des déments précoces.

Pour apprécier le rôle étiologique de la tuberculose dans l'étiologie des états dits de schizophrénie et de démence précoce, la seconde méthode nous a paru la plus utile et les cas au début de l'affection les seuls intéressants. Nous avons, à l'hôpital Henri-Rousselle, la possibilité de surprendre ces cas au début. En procédant ainsi, on élimine les causes secondaires de tuberculisa-

tion et l'on a des chances pour que les recherches, si elles portent sur un nombre suffisant de cas, s'adressent à des malades dont certains deviendront effectivement des déments précoces.

Au point de vue de la méthode, nous avons étendu à la psychiatrie les études sur les éléments filtrables du virus tuberculeux — études récentes, qui se sont montrées fécondes dans d'autres domaines de la pathologie et qui ont renouvelé les idées sur la biologie du bacille de Koch. Nous avons recherché le virus dans le liquide céphalo-rachidien de sujets présentant un syndrome schizophrénique, et dont certains se sont montré par la suite être véritablement des déments précoces.

On sait depuis 1922 qu'il existe dans les produits tuberculeux et les cultures du bacille de Koch des éléments virulents filtrables à travers les bougies Chamberland L^2 et à travers certaines membranes de collodion. Les cobayes inoculés avec les filtrats tuberculeux ne présentent jamais, même après une survie de six à huit mois, le chancre d'inoculation et l'adénite satellite caséeuse, ni les lésions nodulaires viscérales que l'on obtient généralement par inoculation d'un produit tuberculeux.

Par contre, les ganglions voisins du point d'inoculation se tuméfient légèrement du dixième au quinzième jour, puis redeviennent normaux. A l'autopsie des animaux, qui meurent soit de maladies intercurrentes, soit avec un syndrome d'amaigrissement, on ne trouve aucune lésion ganglionnaire caséeuse mais tout le système lymphatique et surtout les ganglions trachéo-bronchiques sont un peu tuméfiés. Ces ganglions sont durs et parfois contiennent une sérosité constituée par des polynucléaires. Dans leur frottis, on peut déceler, après une recherche minutieuse qui nécessite parfois cinq à six heures, des bacilles acido-résistants typiques (bacille Calmette-Valtis). Ces bacilles sont, soit isolés, soit le plus souvent groupés en amas (ou « globies ») de nombreux éléments, au milieu d'une masse amorphe colorable par le bleu de méthylène. On les retrouve plus aisément pendant les quinze premiers jours et durant le premier mois qui suit l'inoculation. Ils sont ensuite susceptibles de disparaître.

Ces formes atypiques de l'infection tuberculeuse du cobaye, que l'on décèle à la suite de l'inoculation des filtrats tuberculeux, sont dues à une modification de la virulence des germes acido-résistants issus des éléments filtrables du bacille de Koch auxquels, afin de les distinguer de la forme bacillaire acido-résistante du virus tuberculeux, Calmette et Valtis ont donné le nom conventionnel d'ultra-virus tuberculeux. La preuve de l'atténuation de la virulence des éléments acido-résistants issus de

l'ultra-virus tuberculeux est fournie par ce fait que, lorsqu'on inocule à un cobaye sain les lésions bacillifères (parfois même richement bacillifères) développées chez un autre animal à la suite d'inoculation de filtrat tuberculeux, on ne provoque pas une tuberculose typique, mais des lésions analogues à celles que produisent les éléments filtrables eux-mêmes du bacille tuberculeux. Ce n'est qu'après un certain nombre de passages que l'on arrive parfois à exalter la virulence de ces germes et à provoquer alors chez le cobaye une tuberculose expérimentale classique.

L'ultra-virus tuberculeux accompagne presque toujours (mais pas toujours, *Valtis* et *Van Deinse*), les souches de bacille de Koch.

Bien que les recherches sur l'ultra-virus tuberculeux soient encore à leur début, on peut résumer ainsi, avec Calmette (1), les connaissances nouvelles :

« Ce que nous appelons « la tuberculose », caractérisée par la présence dans divers organes, principalement dans les ganglions lymphatiques et les poumons, de cellules géantes et de nodules tuberculeux contenant des bacilles de Koch plus ou moins virulents et réinoculables en séries aux animaux sensibles, représente la forme chronique et la phase terminale d'une infection réalisée par un ultra-virus dont les éléments, d'abord invisibles, puis en grains de poussière et non acido-résistants, puis granuleux et acido-résistants, deviennent finalement des bacilles de Koch. Ce n'est qu'à leur dernier stade bacillaire, ou lorsqu'ils sont adaptés à la vie parasitaire dans un organisme sensible, que les éléments nés de l'ultra-virus deviennent aptes à donner naissance à des nodules tuberculeux ; ils sont alors tuberculigènes. »

Le stade précédent, la phase d'éléments invisibles, filtrables, est au contraire un stade toxinigène, et il semble qu'à ce stade le virus tuberculeux ait une affinité pour la peau, les séreuses, particulièrement pour le système nerveux. Son rôle pathogène a été démontré dans le purpura rhumatoïde, l'érythème noueux, des tuberculides nécrotiques, certains épanchements pleuraux, péricardiques, articulaires, méningés.

Les faits que nous allons rapporter indiquent à leur tour que certains cas d'affections mentales sont d'origine tuberculeuse et relèvent de l'ultra-virus tuberculeux de Calmette-Valtis.

En ce qui concerne la démence précoce, nos recherches, à

(1) Le virus tuberculeux et ses éléments filtrables (*Annalen der Tomarkin Foundation*, T. II, 1932, n^{os} 1-2).

l'heure actuelle, n'ont pas pu confirmer ni le succès de notre première expérience, ni les résultats positifs publiés ensuite par d'Hollander et Rouvroy (1) et par Puca (2). Dans la mesure où l'on peut conclure d'après un nombre limité de cas, il semblerait que la démence précoce classique ne soit pas *d'origine* tuberculeuse. Nous n'avons rencontré le bacille acido-résistant de Calmette-Valtis que dans deux cas sur six et il s'agissait dans l'un, en partie déjà publié, d'une forme spéciale de schizophrénie avec périodicité, dans l'autre d'une bouffée délirante curable.

Nous diviserons nos cas en trois groupes : A) démence précoce confirmée : 3 cas ; B) syndromes schizophréniques curables : 2 cas ; C) schizophrénie avec périodicité : 1 cas.

A. Démence précoce confirmée

Obs. I (3). — E. E., 30 ans. Envoyé pour idées délirantes polymorphes. Hallucinations diverses, semi-confusion. Barrage. Père mort de tuberculose pulmonaire. Lui-même indemne, au point de vue clinique, radiologique et bactériologique, de cette affection. Rendu à sa famille, très amélioré, après un mois de séjour à Henri-Rousselle, est interné ensuite par voie d'office pour démence précoce. Diagnostic confirmé après 10 mois d'internement.

Liquide céphalo-rachidien normal, 5 cm³ sont inoculés le 27 juin 1931. Le 1er janvier 1932 le cobaye est sacrifié : légère tuméfaction du ganglion lombaire droit, hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques. Pas de bacilles.

Obs. II. — Y. N., 26 ans. Depuis 3 mois, troubles cénesthésiques, électricité à travers le cœur, voix accusatrices ou défensives, complexes œdipiens transparents. Indemne de tuberculose actuellement, aurait fait à 13 ans un séjour dans un sanatorium, pour une lésion du sommet. D. P. confirmé depuis 14 mois. Liquide céphalo-rachidien normal.

Expérience de tuberculisation : inoculation le 23-9-31 de 2 cobayes étiquetés 88/64 et 79/77. Le 28-10-31 on sacrifie 79/77 : aucune lésion, pas de bacilles. *Deuxième passage :* 1 cobaye sacrifié le 8-1-32. Ni lésion, ni bacilles.

Le cobaye 88/64 reste en bonne santé, meurt au bout de sept

(1) F. d'Hollander et Ch. Rouvroy : Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie,* juin 1932, p. 361).

(2) A. Puca : Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces (*C. R. de la Société de Biologie,* 1932, t. *111,* p. 258).

(3) La place restreinte dont nous disposons nous oblige à résumer nos observations.

mois, le 27-4-32, d'une maladie secondaire : aucune lésion tuberculeuse, pas de bacilles dans le frottis d'un ganglion lombaire.

Obs. III. — L. D, Démence précoce catatonique typique de 22 ans. Début il y a 18 mois, par excitation violente, haine familiale subite, attitudes homosexuelles. Démence précoce confirmée depuis 11 mois. Expériences de tuberculisation négatives.

B. Syndromes schizophréniques curables

Obs. IV. — E. T. M., 27 ans. *Bouffée délirante curable.*

Envoyé par le Dr Néron avec une lettre indiquant: « Idées délirantes de persécution et d'influence. Automatisme mental, prise de la pensée, devinement de la pensée, énonciation des actes. Se dit la victime d'un complot ourdi par de hauts personnages. Allusions des voisins, des journaux. Se sent hypnotisé par une force toute puissante qui l'oblige à commettre certains actes, à faire certains gestes. » Sous l'influence de cette force, qu'il ne peut déterminer exactement, est allé, il y a deux jours, à la porte de la prison de la Santé pour s'accuser de divers crimes. Se dit acculé au suicide, menace de se tirer un coup de revolver dans la tête. Début de l'accès il y a 3 jours, par de l'insomnie, du délire nocturne, du mutisme diurne.

Antécédents : Au point de vue psychique, développement scolaire normal, devance l'appel, passe par l'Ecole de Saumur, et quitte le régiment avec le grade de sous-lieutenant de réserve. Depuis, inaptitude à un travail suivi, périodes de fatigue et de « vide cérébral ». A 26 ans entreprend des études d'agronome. Vie sexuelle réduite. Vivait dans l'orbite familiale, avec sa mère et sa sœur, sortait peu.

A cause de ses périodes d'asthénie, a été considéré comme suspect de syphilis héréditaire. Après un Desmoulières positif, a reçu un traitement spécifique léger. Sa sœur, qui a eu 4 fausses couches de six semaines, est considérée par le médecin de famille comme une hérédo-syphilitique.

A été également considéré comme tuberculeux. Deux hémoptysies à l'âge de 11 ans, qui n'ont pas fait leur preuve. Envoyé dans un sanatorium pour une pleurésie, en est retiré après 18 mois par son médecin, qui reconnaît un abcès du poumon ; est opéré par le Dr Desmarest et guérit rapidement.

A *l'entrée :* semi-confusion, réponses lentes et vagues, inhibition psychique, sentiment de barrage, souvent aspect anxieux. Craintes d'être empoisonné. A un secret à confier aux médecins, mais n'arrive pas à le formuler. L'hôpital est plein de policiers qui le surveillent.

Rien à l'auscultation des poumons. A la radioscopie, hiles très visibles, accentuation de la trame bronchique périhilaire (Dr Misset). Vivacité des réflexes, pupilles normales. Sang : Urée : 0,31 0/00, réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn, de Besredka négatives. Liquide céphalo-rachidien = tension à 20 cm. (15 cm.

après soustraction de 15 cm³) ; Albuminoraclhie : 0,25 0/00. Pandy et Weichbrodt : 0. Leucocytes : 1,6. Bordet-Wasserman et Meinicke : négatifs. Pas de bacilles dans le frottis du culot de centrifugation.

Au bout de quelques jours s'apaise. S'alimente, demande du travail. Sortie après un mois de séjour, en bon état. A reçu 4 injections d'antigène méthylique de Nègre et Boquet, subfébrile (38°) pendant les jours qui suivent la première injection. Revu après un an : va tout à fait bien, travaille à la satisfaction de ses chefs, gagne sa vie. Est calme.

Expériences de tuberculisation (v. tableau I). — Le liquide céphalo-rachidien, prélevé le deuxième jour après l'entrée, a été inoculé, à la dose de 5 cm³, à deux cobayes, que nous appellerons cobayes de premier passage. L'un de ces deux cobayes meurt 4 semaines après l'inoculation sans présenter de lésions tuberculeuses macrocopiques à l'autopsie et dans ses organes on ne trouve aucun bacille à l'examen microscopique.

L'autre cobaye fut sacrifié un mois après l'inoculation, comme il est nécessaire dans la recherche de l'ultra-virus tuberculeux : par une attente plus longue on risque de voir le virus et les bacilles avirulents issus de l'ultra-virus s'éliminer spontanément.

Les ganglions lymphatiques et la rate de ce second cobaye furent broyés avec du sable et de l'eau physiologique et le produit de décantation inoculé à 3 cobayes neufs (A, B et C), que nous appellerons cobayes de deuxième passage.

Deux de ces derniers cobayes (cobayes A et B) sont morts d'une maladie intercurrente, 16 et 6 jours après l'inoculation, présentant au point d'inoculation une substance nécrotique dans laquelle on a trouvé des bacilles acido-résistants. Les organes de chacun de ces cobayes furent traités à l'acide sulfurique à 10 0/0 pour éliminer les germes de l'infection intercurrente, ensemencés sur milieu de Lœwenstein et inoculés pour chacun à deux nouveaux cobayes neufs, soit quatre cobayes en tout : ces ensemencements sont restés stériles.

Ces quatre cobayes, de troisième passage, sont morts ou ont été sacrifiés respectivement après 3, 14, 15 jours et 6 mois, sans présenter à l'autopsie aucun signe de tuberculose et sans qu'il ait été possible de déceler des bacilles dans leurs organes.

Le troisième cobaye, le cobaye C, de deuxième passage, présenta cinq semaines après l'inoculation un petit ganglion inguinal dur. Ce ganglion fut prélevé par biopsie. Dans les frottis faits avec une parcelle de ganglion on trouva plusieurs amas de bacilles acido-résistants typiques. L'animal lui-même est mort 3 semaines après la biopsie (2 mois après l'inoculation), de cachexie, sans toutefois présenter de lésion tuberculeuse et sans qu'on pût trouver de bacilles dans ses organes.

Le reste du ganglion prélevé chez ce cobaye a été inoculé à deux cobayes neufs (également cobayes de troisième passage). Ils ont été

E. T. — A. Liquide céphalo-rachidien inoculé à 2 cobayes jaunes

Cobaye jaune. — Inoculé le 29-7-31. Meurt le 25-8-31. Pas de lésions tbc. Pas de bacilles.

Cobaye jaune. — Inoculé le 29-7-31. Sacrifié le 1-9-31. Pas de bacilles.

A. *Cobaye* 28/94-90/7. 2e passage : 1-9-31. Meurt le 17-9-31. Petit abcès local *contenant des bacilles.* H^2SO^4 Ensemencements Löw. négatifs.

B. *Cobaye* 90/16-90/17. 2e passage : 1-9-31. Petite lésion locale *contenant des bacilles.*

C. *Cobaye* 90/11-90/12. 2e passage : 1-9-31. 9-10-31 : petit gangl. ing. *biopsie : petits amas de bacilles typiques.* Meurt le 1-11-31. Cachexie, pas de lésions tbc. pas de bacilles.

Cobaye 84/28-84/29. 3e passage : 17-9- Meurt le 2-10-31. Rien.

Cobaye 84/30-84/31. 3e passage : 17-9- Sacrifié le 22-3-32 Rien.

Cobaye jaune. 3e passage : 7-9-31. Meurt le 21-9 Rien.

Cobaye jaune. 3e passage : 7-9-31. Meurt le 10-9- Jeté.

Cobaye rouge. 3e passage (biopsie 9-10-31). 29-2-32 petit gangl. *biopsie* : Pas de bacilles. Sacrifié 22-3- Rien.

Cobaye rouge. 3e passage (biopsie 9-10-31). Sacrifié 22-3-32. Rien.

Cobaye violet. 4e passage. Sacrifié 22-3-32. Rien.

TABLEAU I. — Obs. IV.

sacrifiés tous deux, 6 mois 1/2 après l'inoculation, sans présenter aucune lésion tuberculeuse, et dans leurs organes on n'a trouvé aucun bacille.

Un quatrième passage a été tenté avec un ganglion inguinal un peu tuméfié, mais sans bacilles, trouvé chez l'un des cobayes du passage précédent. Sacrifié 3 semaines 1/2 après, on n'a trouvé chez lui aucune lésion tuberculeuse et aucun bacille.

En résumé, chez un sujet ayant présenté une « bouffée des dégénérés », sans évolution vers la schizophrénie, l'expérimentation a décelé la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'un ultra-virus tuberculeux. En effet, on a constaté chez tous les cobayes de deuxième passage, de manière transitoire, des bacilles acido-résistants typiques ne donnant pas les lésions classiques de tuberculose mais la tuberculose atténuée du type Calmette-Valtis, localisée dans le système lymphatique et s'éteignant spontanément dans les passages suivants.

Obs. V. — D. E...c, 17 ans, *Syndrome pubéral d'apparence schizophrénique.*

Instabilité, fugues, haine et violences envers sa mère, lectures théosophiques, etc. Diagnostic à la sortie : déséquilibre mental constitutionnel avec exacerbation pubérale.

Expériences de tuberculisation : 30-11-31. Liquide céphalo-rachidien inoculé à un cobaye (cuisse). — 29-12-31. Petit ganglion ; *biopsie :* pas de bacilles. — 2e *passage :* un cobaye rouge. — 22-3-32. Sacrifié les deux cobayes.

Le cobaye non coloré n'a aucune lésion et pas de bacilles. Le cobaye rouge a une légère tuméfaction du ganglion lombaire droit et de la rate et des ganglions trachéo-bronchiques. Pas de bacilles. Aucune autre lésion. (Les recherches ne sont pas poursuivies car le bacille avirulent ne se manifeste que dans le premier et le second passage).

C. Schizophrénie avec périodicité

Obs. VI. — R. R...b, 20 ans. Ce malade est suivi à l'hôpital Henri-Rousselle depuis 5 ans, et a été vu à de nombreuses reprises par divers aliénistes qui ont conclu au diagnostic de démence précoce. Il a été en particulier interné par l'un de nous, il y a quatre ans et demi avec le diagnostic de « démence précoce, évoluant par poussées successives d'excitation et de confusion », diagnostic qui a été confirmé depuis juillet 1927 par les certificats des médecins de l'asile Sainte-Anne qui le traitèrent : M. Marie parle d'hébéphrénie, M. Trénel indique : Hébéphrénie fruste, et le certificat de quinzaine de M. Sérieux débute par les mots : « Démence précoce ». Dans l'intervalle de ces poussées hébéphréniques le malade est remis en liberté

pour quelques mois, mais il se montre, après chaque séjour à l'asile de moins en moins capable d'une activité coordonnée et productive. Il revient à l'hôpital Henri-Rousselle en avril 1931, en état d'excitation, avec idées d'influence, hallucinations cénesthésiques, incohérence psychique, sourires discordants, menaces de mort contre sa famille. Ce malade, dont le père est décédé de tuberculose pulmonaire, a fait une pleurésie prolongée à l'âge de 24 ans, mais ni par l'auscultation, ni par l'examen radioscopique complété par une radiographie nous n'avons pu déceler de lésion pleuro-pulmonaire. De même nous n'avons pu constater aucune autre localisation ou séquelle d'une infection tuberculeuse.

Le lendemain de son arrivée on pratique une ponction lombaire avec les précautions particulières d'asepsie nécessitées pour l'expérience que nous avions envisagée.

Dans ce liquide qui, au point de vue des recherches biologiques courantes, était négatif, nous n'avons trouvé à l'examen direct aucune forme de bacille de Koch. Le jour même de la ponction lombaire (20 mars 1931) nous avons inoculé 5 cc. de liquide sous la peau à chacun de deux cobayes A et B, dits de premier passage. (*V. Tableau II*).

Le cobaye A est mort 12 jours après l'inoculation, d'une affection secondaire. On n'a trouvé chez lui ni lésion tuberculeuse, ni bacilles tuberculeux. Les ganglions et la rate sont traités à l'acide sulfurique à 10 0/0, pour détruire les microbes secondaires, et sont inoculés à deux cobayes neufs (deuxième passage) qui meurent respectivement âgés de 6 et 8 jours. Chez ce dernier, on trouve un petit ganglion inguinal contenant de nombreux bacilles acido-résistants typiques, groupés en amas. Ces organes, traités également avec l'acide sulfurique, sont inoculés à deux cobayes neufs (troisième passage) qui meurent respectivement après 4 et 6 semaines, sans qu'ils aient présenté la moindre lésion tuberculeuse et dans leurs ganglions aucun bacille n'a pu être décelé.

Le cobaye B est mort 18 jours après l'inoculation, d'une infection secondaire (pneumonie). On n'a trouvé chez lui ni lésion tuberculeuse, ni bacilles. Ses organes, traités par l'acide sulfurique à 10 0/0, sont inoculés à deux cobayes neufs (deuxième passage), dont l'un est mort 8 jours après l'inoculation sans présenter de lésion, l'autre est mort 53 jours après l'inoculation, présentant les lésions suivantes ; le ganglion inguinal du côté de l'inoculation est légèrement hypertrophié. Le ganglion sous-lombaire droit est caséeux et contient des bacilles acido-résistants. La rate n'est pas tuméfiée, mais porte de nombreuses granulations. On trouve quelques granulations sur le foie et quelques rares granulations fixées sur les poumons. Présence de bacilles de Koch typiques sur tous les organes ; par conséquent : *tuberculose généralisée au début.*

L'ensemencement, après traitement par l'acide sulfurique, des

organes de ce cobaye sur milieu de Lœwenstein a donné les cultures typiques de bacille de Koch.

Cette culture a été inoculée à 6 cobayes et 4 lapins, à des doses variant de 1/100e à 1/10.000e de milligramme, pour en déterminer les

TABLEAU II. (Obs. VI)

R. R. — B. **Liquide céphalo-rachidien. 2 cobayes.**

Cobaye A. — Inoculé le 20-3-31. Meurt le 1-4-31. Pas de lésions tbc. Pas de bacilles.

- *Cobaye rouge.* 2e passage : 1-4-31. Meurt le 7-4- Rien.
- *Cobaye jaune.* 2e passage : 1-4-31 Meurt le 9-4- Petit gangl. ing. contenant des *bacilles nombreux en amas.* Pas d'autres lésions.
 - *Cobaye* 41/49-41/50 3e passage : 9-4-31. Meurt le 5-5-31. Pas de lésions. Pas de bacilles.
 - *Cobaye* 41/33-41/34. 3e passage : 9-4-31. Meurt le 22-4-31. Pas de lésions. Pas de bacilles.

Cobaye B. — Inoculé le 20-3-31. Meurt le 7-4-31. Pas de bacilles.

- *Cobaye rouge.* 2e passage : 7-4-31. Meurt le 15-4- Pas de lésions Pas de bacilles.
- *Cobaye rouge.* 2e passage : 7-4-31 Meurt le 30-5-31. *Tuberculose généralisée.* Gangl. ing. légèrement hypertrophié ; gangl. lomb. d. caséeux, contenant des bacilles. Rate non tuméfiée mais farcie de granulations, Foie : q.q. granulations ; de rares granulations grises sur le poumon. Le tout contient des bacilles. Traitement à H^2SO^4, ensemencement sur Löwenstein donne *cultures typiques.*

caractères. Elle est complètement avirulente pour le lapin et tue le cobaye de tuberculose généralisée en environ deux mois pour la dose de 1/100e de milligr., en environ 3 mois 1/2 à 4 mois pour la dose de 1/10.000e de milligramme.

Par conséquent : *culture de bacilles tuberculeux de type humain de virulence moyenne.*

Dans le cas de ce cobaye B, où nous avons obtenu une tuberculose généralisée classique dans le second passage, il ne peut s'agir d'un retour à la violence de l'ultravirus, car ce retour est d'abord extrêmement rare (quelques cas seulement son connus), et il ne se produit jamais dans le deuxième passage, mais seulement dans des passages ultérieurs. Il doit s'agir ici de ce qui a été appelé la paucibacillose. c'est-à-dire la présence de quelques rares unités bacillaires dans le produit injecté (ici liquide cépalo-rachidien). On sait, en effet, qu'il faut attendre longtemps — jusqu'à 8 mois — pour obtenir des lésions tuberculeuses chez un cobaye inoculé avec quelques unités bacillaires. Or le cobaye B est mort 18 jours après l'inoculation d'une infection secondaire ; il n'est donc pas étonnant que nous n'ayons pas trouvé de lésion chez lui ni de bacille. Le fait que le cobaye de deuxième passage ait présenté une tuberculose généralisée dans les délais normaux est tout à fait caractéristique pour la paucibacillose. Il ne peut s'agir d'infection spontanée : celle-ci est très rare et toujours du type bovin.

Les résultats obtenus par les deuxièmes passages à partir des deux cobayes A et B sont donc assez surprenants, car le cobaye A produit un bacille type Calmette-Valtis, bacille avirulent qui tire son origine de l'ultra-virus tubercleux. Le cobaye B, au contraire,, donne au second passage un bacille tuberculeux classique. Nous croyons que cette discordance des deux séries est due au fait que le liquide céphalo-rachidien du malade de l'obs. VI contenait à la fois de l'ultra-virus tuberculeux et de rares bacilles de Koch.

Epicrise. — Le malade R...b a été placé dans le service du docteur Marchand, qui a bien voulu nous autoriser à le suivre. Il s'est rapidement calmé et une nouvelle ponction lombaire a été faite dans cette période de calme. *Le liquide de cette deuxième ponction n'a pas tuberculisé le cobaye.*

Le malade est sorti de l'asile après un séjour de treize mois, très amélioré et capable d'une activité coordonnée, quoique réduite.

En résumé, il s'agit d'un sujet présentant le syndrome de la schizophrénie périodique, qui a, lors de ses accès très répétés, l'aspect d'un hébéphrénique et dont l'état mental reste touché en période intercalaire. Son liquide céphalo-rachidien contenait en période de crise de l'ultra-virus tuberculeux susceptible de développer des bacilles avirulents prenant le Ziehl, et même quelques bacilles virulents, capables de transmettre au cobaye une tuberculose généralisée classique mais trop peu nombreux pour être décelés à l'examen direct.

⁂

Les observations ci-dessus peuvent se résumer ainsi :

— sur six malades, trois sont devenus des déments précoces banaux. Leur liquide céphalo-rachidien, examiné à la phase initiale de l'affection, ne contenait pas l'ultra-virus tuberculeux ;

— deux « syndromes schizophréniques curables » ont montré l'un l'absence, l'autre la présence de l'ultra-virus tuberculeux. Les 3 cobayes de second passage ont montré dans ce dernier cas la présence de bacilles avirulents typiques ;

— une démence précoce atypique, évoluant par poussées, a permis de constater, lors d'une crise, la présence dans le liquide céphalo-rachidien et de l'ultra-virus tuberculeux et d'une paucibacillose à bacilles de Koch virulents. Dans une période intercalaire, le liquide ne contenait ni virus, ni bacilles.

Une double conclusion peut être formulée après ces premières recherches :

1° Nos expériences, en nombre encore limité, n'ont pas confirmé la conception clinique d'une *origine* tuberculeuse de la démence précoce au sens courant : sur quatre cas négatifs, trois étaient des déments précoces certains.

Il nous paraît que la démence précoce est en réalité un syndrome psychopathologique et non une entité morbide définie. Ce syndrome traduit une réaction cérébrale à des atteintes morbides variées. Parmi ces atteintes morbides, nous avons déjà décrit précédemment une faillite glandulaire (ovarienne) brusque (1) et une encéphalite toxi-infectieuse dite psychosique (2) ; il en est certainement d'autres.

2° Mais des états mentaux paroxystiques, soit transitoires, comme certaines bouffées délirantes, soit récidivants et que les auteurs dénomment « schizophrénie évoluant par poussée » peuvent relever d'une bacillose atténuée, avec présence de l'ultra-virus et même paucibacillose dans le liquide céphalo-rachidien.

M. D'HOLLANDER. — La communication est très intéressante, elle explique peut-être la raison de certains échecs des expériences que je rapportais tout à l'heure. Peut-être avons-nous trop tardé pour sacrifier nos cobayes.

(1) TOULOUSE, BLOCH et SCHIFF : Quelques essais de greffe ovarienne dans les psychopathies. (*L'Encéphale*, novembre 1926, p. 688).

(2) TOULOUSE, MARCHAND et SCHIFF : Les encéphalites psychosiques. (*L'Encéphale*, mai 1929. Obs. III, p. 420).

M. SCHIFF. — Les concordances et les discordances de nos recherches avec celles de M. d'Hollander prouvent la complexité du problème.

En ce qui concerne le caractère de l'infestation par l'ultravirus, il est exact de dire qu'elle constitue une bacillose aux manifestations atténuées. Mais c'est en outre une bacillose qui saisit tout l'organisme et n'a pas encore produit l'enkystement représenté par le nodule tuberculeux. C'est un stade toxinigène du virus, et à ce titre sa nocivité ne saurait être niée.

Tuberculose et démence précoce : Recherches expérimentales. Epilepsie, catatonie expérimentale, et ulcérations locales (phénomène de Koch ?) après injection à des cobayes allergiques de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, par MM. Henri BARUK, Max BIDERMANN et ALBANE.

Dans son travail initial avec le Professeur Claude (1), l'un de nous, après avoir souligné le balancement particulier, qui existe chez certains déments précoces entre les poussées évolutives tuberculeuses et les troubles mentaux, indiquait que ceux-ci pouvaient être dus soit à une forme spéciale ou atténuée du virus tuberculeux, soit à une atteinte cérébrale par les toxines tuberculeuses. De ces deux conceptions pouvaient dériver deux modes de recherches : le premier, visant surtout à déceler le virus bacillaire, devait utiliser les injections chez des animaux neufs, le second visant à objectiver les réactions toxiques devait utiliser les injections chez des animaux préalablement allergiques et sensibilisés.

La première méthode des injections directes à partir du liquide céphalo-rachidien ou du sang des déments précoces a été utilisée, depuis lors, par divers expérimentateurs, en particulier par Toulouse, Valtis, Schiff et Van Deinse (3), par d'Hollander et Rouvroy (4), par Puca (6). Ces divers auteurs ont signalé, par cette méthode, la présence de virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces. D'autre part, Lœwenstein (2) a isolé par hémoculture le virus tuberculeux dans 10 cas de schizophrénie et poursuit à ce sujet des recherches nouvelles dans l'Institut de D'Hollander.

De notre côté, nous avons poursuivi depuis plus de deux ans l'application de la seconde méthode de recherches d'abord à la Clinique du Pr Claude, puis à l'asile de Clermont de l'Oise, enfin à la Maison Nationale de St-Maurice. Dans la précédente communication (7), nous avons exposé les résultats de nos recherches

biologiques concernant les réactions allergiques et toxiques des déments précoces. D'autre part, nous avons soumis une série de cobayes (préalablement rendus allergiques) à l'injection de liquide céphalo-rachidien de déments précoces (avec injections de contrôle à des cobayes neufs). Nous avons enregistré avec cette méthode dès le mois d'août 1931 des réactions nerveuses intéressantes (épilepsie, hyperkinésies), puis des réactions locales au niveau de l'injection. Toutefois, nous n'avons publié nos premiers résultats qu'en août dernier (5).

Plus récemment, MM. X. et P. Abély et Couléon (8) ont injecté à des cobayes, fortement tuberculisés par des crachats bacillifères, du sang et du liquide céphalo-rachidien de déments précoces. Sur 12 cobayes injectés, ils ont obtenu 6 fois avec du sang une ulcération survenant de 2 à 6 jours après l'injection. Par contre, les résultats furent négatifs avec le liquide céphalo-rachidien (1).

Tout dernièrement enfin, nous avons pu, par la méthode exposée plus haut, observer de nouvelles réactions nerveuses (catalepsie, etc.).

Nous exposerons dans ce travail les protocoles de ces diverses expériences.

Nous avons jusqu'à présent limité nos investigations à 8 cas de démence précoce, étudiés aussi rigoureusement que possible au point de vue psychiatrique somatique et biologique. Nous pensons en effet qu'il vaut mieux s'adresser à des cas cliniques bien sélectionnés et étudiés en détail, et répéter au besoin plusieurs fois les expériences avec des épreuves de contrôle, que d'opérer en série sur un trop grand nombre de malades.

Cas n° I. — Mlle Lec..., Asile de Clermont-de-l'Oise.

A) Observation clinique résumée. — *a*) Dans l'enfance, bronchites répétées, fatigue, émotivité.

b) A 17 ans: apparition de crises dyspnéiques qualifiées « asthme » et de troubles cardiaques. Traitée par la digitale.

c) *A 26 ans, début des troubles mentaux :* depuis les crises de dyspnée à 17 ans la malade paraissait déjà un peu bizarre, mais brusquement à 26 ans, selon l'expression de la mère, « ça lui est monté au cerveau ». Les troubles respiratoires s'atténuent, mais apparition d'un état mélancolique, avec anxiété (voulait se jeter par la fenêtre). Soignée d'abord par le Dr Baudoin à Laënnec, puis à la Maison de santé de la Glacière, puis à l'Asile de Clermont.

d) A Clermont phase de *désagrégation psychique :* apathie, indif-

(1) Nous remercions très vivement nos amis Abély qui, très aimablement, nous ont montré leurs cobayes.

férence affective absolue, incohérence accentuée. Cet état se prolonge et s'aggrave depuis le 19 juin 1922, date de son entrée à Clermont, jusqu'à maintenant.

En résumé, *bronchites répétées,* puis *crises dyspnéiques asthmatiformes,* puis *épisode anxieux* et enfin *dissociation psychique progressive.*

Etat somatique et pulmonaire. — Depuis son entrée à l'asile, la malade a toujours présenté une *pâleur terreuse impressionnante ;* au début aucun signe pulmonaire. Il y a 3 ans, petites poussées de toux, avec signes stéthoscopiques au sommet droit, et expectoration bacillifère. Cette poussée a rapidement guéri. Actuellement, depuis que nous suivons cette malade, nous n'avons trouvé aucun signe clinique de tuberculose pulmonaire, à part une légère submatité et une diminution de la respiration à gauche. Radio : hiles chargés, noyaux calcifiés ; sommet gauche légèrement voilé.

Liquide céphalo-rachidien normal au point de vue cytol. et albumine.

Examen biologique : Cuti R. + + + ; R. de Vernes : 25. Besredka 2.

B) Expérimentation chez le cobaye. — *a) Première série d'expériences. — Cobaye n° I,* ayant subi une injection sous-cutanée de 5 cc. de liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Adénopathie et signes d'allergie.

Le 21 juin 1931 injection à ce cobaye de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec..., prélevé directement et aseptiquement dans une seringue ; injection le même jour de la même quantité de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec... à un cobaye neuf témoin (cobaye n° 2).

Le 29 juin 1931 (8 jours après), l'animal paraît malade : reste couché sur le côté, immobile, et *très dyspnéique,* se remet au bout de 24 heures, mais reste moins actif, *tendant à s'isoler,* poil moins brillant. En même temps, l'œil droit commence à *devenir trouble.* L'adénopathie initiale persiste.

Le 31 juillet 1931 même état, toujours tendance à s'isoler.

Le 20 août 1931, paralysie de la patte postérieure gauche, perte des matières et des urines, polypnée très accentuée, augmentation de l'opacité cristallinienne, régression par contre marquée de l'adénopathie réduite à un petit nodule.

Le 7 septembre 1931 en sortant l'animal de sa cage, *première crise épileptique :* secousses cloniques rapides de la tête et des membres, puis incurvation sur le côté droit, durée quelques secondes. La crise est suivie aussitôt d'une *hyperkinésie :* part comme une flèche, mouvements rapides, mécaniques ; puis s'arrête net, figé. Ensuite reprise du comportement normal, mais paraplégie complète des deux pattes de derrière. Opacité cristallinienne totale.

Le 9 septembre 1931. Deux nouvelles crises, tout à fait caractéristiques de l'épilepsie : phase tonique très courte, puis cloniques géné-

ralisées. Aussitôt après la crise impulsion et hyperkinésie (voir film). Les adénopathies ont presque complètement disparu.

Le 12 septembre 1931. Nouvelles crises violentes, phase tonique avec torsion de l'animal qui tombe sur le côté, ouverture de la bouche ; aussitôt après se dresse sur ses pattes antérieures, puis impulsion à la course.

16 septembre. Crises subintrantes. Etat de mal. Mort.

Autopsie : à l'examen macroscopique aucune lésion ni des méninges, ni du cerveau.

On prélève immédiatement une petite portion de l'hémisphère droit du cerveau de 1 mm. 1/2 de côté, qui est broyée dans le sérum physiologique. De cette trituration la moitié est injectée au cobaye n° 3 sous la peau et dans le péritoine, l'autre moitié est injectée intracérébrale au cobaye n° 4.

Le cobaye n° 3 présente le 10 octobre 1931 à la suite de cette injection un ganglion tuberculeux.

Le cobaye n° 4 n'a rien présenté d'anormal jusqu'au 16 décembre. Mais à cette date il a eu des *crises d'épilepsie* puis une paraplégie et est mort.

Suite de l'autopsie du cobaye n° I. — Examen viscéral : quelques ganglions caséeux au niveau de la paroi abdominale, et plusieurs gros ganglions caséeux mésentériques. Quelques rares granulations au niveau du poumon.

Examen histologique du cerveau (1) (Dr Ivan Bertrand). Aucune lésion cérébrale. Aucun phénomène inflammatoire. Au Nissl, cellules parfaitement conservées, non altérées. Aucune plage de disparition cellulaire (mais l'examen complet n'a pu être fait par suite d'une fixation imparfaite).

Examen de l'œil après fixation dans le formol à 15 0/0 : la cornée apparaît lisse et relativement transparente, tandis que le cristallin est entièrement blanchâtre, avec de petites granulations presque confluentes. Sur une coupe antéro-postérieure passant au voisinage de la macula, on vérifie que la choroïde est indemne et la chambre antérieure et postérieure sont dépourvues de toute production pathologique. Quant au cristallin, il s'énuclée facilement. Les deux fragments (cristallin et coupe antéro-postérieure de l'œil) sont prélevés pour inclusion à la celloïdine.

Examen histologique de ces coupes : Kératite très nette ; immédiatement sous l'épithélium cornéen gros amas inflammatoire avec très nombreux polynucléaires. Rien aux autres tuniques.

B) *Cobaye n° 2* (témoin). — Cobaye neuf ayant reçu une injection de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec., n'a rien présenté d'anormal.

L'animal est sacrifié le 26 octobre 1931. Tous les viscères sont nor-

(1) Nous remercions très vivement notre ami Ivan Bertrand de son aide et des examens histologiques qu'il a bien voulu pratiquer.

maux. Pas de ganglions médiastinaux, ni mésentériques, ni lombaires.

Un second cobaye neuf injecté avec le même liquide céphalo-rachidien n'a rien présenté d'anormal. Sacrifié un mois après. Aucune lésion.

⁂

Deuxième série d'expériences en partant du liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec... On prépare cette fois un cobaye (1) par injection de pus d'abcès froid (quelques grumeaux dilués dans du sérum physiologique). Un mois après, apparaît un gros ganglion, à gauche du côté de l'injection.

Le 9 septembre 1931, injection à ce cobaye de 7 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec... à gauche, à distance du ganglion. Le 10 septembre au niveau de l'injection, saillie arrondie, avec une *exulcération très nette* (cf. au sujet de cette ulcération, de son aspect clinique et diagnostic, notre article du *Paris-Médical* du 27 août 1932 avec les photos). Cette ulcération nous a paru devoir être rapprochée du *phénomène de Koch.* Elle finit ensuite par se cicatriser spontanément.

Le 20 septembre à titre de contrôle, nous injectons au même cobaye, mais du côté opposé, 6 cc. de liquide céphalo-rachidien d'un tuberculeux pulmonaire en pleine poussée tuberculeuse, mais sans aucun trouble mental, hospitalisé dans le service de notre ami le Dr Léchelle à l'hôpital Tenon. — Aucune réaction du cobaye, pas d'ulcération.

Le 27 septembre, nouvelle injection à droite de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec...

Le 29, *au niveau de l'injection, papule très nette, légèrement saillante,* analogue à la papule ayant précédé l'ulcération à la suite de l'injection du 9 septembre. Mais cette papule n'aboutit pas cette fois jusqu'à l'ulcération, et disparaît spontanément.

Le 13 novembre, l'animal refuse de manger, claque des dents, reste couché sur le côté droit. On essaie de le faire marcher : paraplégie du train postérieur, puis *crise convulsive avec révulsion des globes oculaires* suivie d'une ébauche de mouvements de fuite. 3 heures après mort de l'animal.

Autopsie : Lésions tuberculeuses viscérales au niveau du poumon de la rate, ganglions caséeux. Aucune lésion macroscopique du système nerveux central ni des méninges.

Troisième série d'expériences. — On utilise alors un cobaye préparé non plus par un liquide tuberculeux humain, mais par injection de bacilles tuberculeux secs, cobaye préparé à l'Institut Pasteur par M. Valtis, allergique et porteur d'adénopathies.

(1) Ce cobaye est désigné dans notre publication de *Paris Médical,* sous le titre de cobaye n° 1.

Le 27 septembre injection à ce cobaye de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Lec. (côté gauche).

Dans les premiers jours d'octobre l'animal paraît fatigué, se couche sur le côté, par moments quelques secousses.

Les jours suivants va mieux.

Le 10 octobre tout à fait normal. N'a pu être suivi ultérieurement.

⁂

Cas n° II. — Mlle Vitt..., Asile de Clermont-de-l'Oise.

Démence précoce ancienne datant de six ans, avec crises épileptiformes et tuberculose pulmonaire en évolution. A la radio lobite supérieur droite excavée (à gauche infiltration intercléidohilaire). Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 20 août 1931, injection à un cobaye allergique (et préparé par injection de pus d'abcès froid) de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle Vitt...

Le 9 septembre 1931 dans la zone d'inoculation, *petite escarre très régulière,* à bords taillés à pic. Léger empâtement de voisinage. Ultérieurement la lésion s'est cicatrisée mais l'animal a présenté en octobre de l'épilepsie, une paraplégie et est mort.

Un cobaye témoin neuf a reçu une injection de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de Mlle V. N'a rien présenté d'anormal. Sacrifié le 20 octobre. Autopsie, aucune lésion tuberculeuse.

⁂

Cas n° III. — M. Meun..., Maison Nationale de St-Maurice.

Démence précoce consécutive à une pleurésie séro-fibrineuse il y a 3 ans. Aucun signe pulmonaire depuis.

2 mai 1932, injection de 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de M. Meun... à un cobaye allergique, préparé par injection de pus d'abcès froid. Pas d'ulcération au niveau de l'injection. A partir du 14 mai, l'animal n'a pu être observé par nous. Dans le courant de juin, il aurait présenté d'après le rapport de l'infirmier qui le soignait, des crises violentes d'agitation et des secousses convulsives à la suite desquelles il est mort.

Les cas IV, V, VI, VII, qui ont trait à des observations analogues et qui ont mis en œuvre les mêmes techniques sont restés, jusqu'à présent, négatifs. Mais la plupart des injections datent de septembre ou octobre dernier.

⁂

Cas n° VIII. — M. Rav..., 32 ans, Maison Nationale de St-Maurice.

Résumé clinique. — Depuis son entrée à la Maison Nationale le 30 janvier 1929, le malade présente un état hébéphrénique des plus graves : mutisme, indifférence affective complète, absence de toute activité cohérente, catalepsie très accentuée aux membres supérieurs

et inférieurs, impulsions violentes par intervalles, acrocyanose orthostatique. Coprophagie. Par moments, perd ses urines et ses matières.

Le début de la maladie remonte au mois d'avril 1928. Déjà le malade était extrêmement fatigué plus de 3 à 4 ans avant, émotif, irritable. En avril 1928, nous dit son père, il se plaint d'une sensation extrême de fatigue, de frissons, de douleurs dans le bas ventre et les testicules. Le médecin consulté ne trouve rien à l'examen. Les jours suivants, fièvre entre 39° et 40°, état saburral des voies digestives, puis au bout d'une dizaine de jours apparition de délire, à type vraisemblablement onirique (croyait voir des Allemands, etc...). Hospitalisé à l'Hospice de Nanterre (Service du Dr Français). Le Dr Français nous a donné des renseignements sur cette période : fièvre élevée qui a précédé les troubles mentaux et qui a duré environ deux mois. Les troubles mentaux semblent avoir évolué en deux phases : au début, phase d'excitation avec loquacité, euphorie, propos sarcastiques ; plus tard, phénomènes dépressifs avec prostration, idées de culpabilité, d'expiation, tentative de suicide. L'examen somatique restait à peu près négatif, à l'exception de légers râles au niveau du poumon gauche, et de signes de réaction méningée (raideur de la nuque). Le Dr Français hésitait, nous a-t-il écrit, entre le diagnostic de méningite tuberculeuse et celui d'encéphalite épidémique. Une ponction lombaire faite alors montra seulement quelques éléments leucocytaires. Une deuxième ponction lombaire montra la disparition de cette légère réaction leucocytaire. Bordet-Wassermann négatif. Le Dr Français ajoute qu'il avait également agité l'hypothèse d'une tuberculose granulique, mais qu'il n'a jamais trouvé aucun signe de lésions pulmonaires.

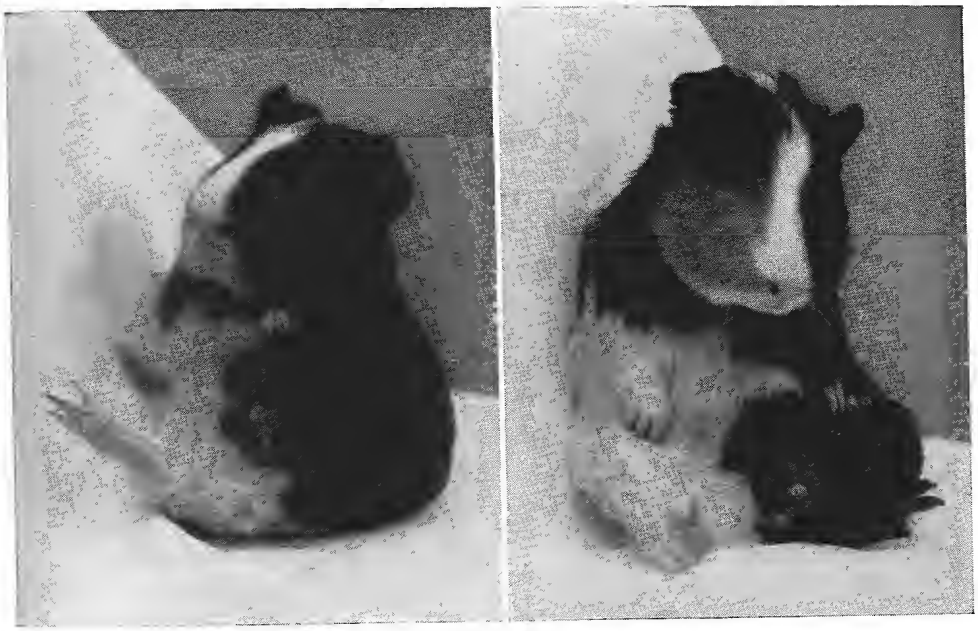
De Nanterre, le malade fut adressé à l'Hôpital Henri-Rousselle, dans le service du Dr Toulouse, où il fut suivi par le Dr Schiff, qui nous a communiqué des détails sur les troubles qu'il a observés, et que nous remercions vivement. A ce moment le diagnostic porté fut celui de « schizophrénie infectieuse » et le malade fut traité par le salicylate de soude.

Enfin, nous retrouvons ensuite sa trace à l'Infirmerie spéciale du Dépôt où le Docteur de Clérambault l'interna avec le certificat suivant : « Psychose post-infectieuse, vraisemblablement chronique, présentement de forme pseudo-maniaque. Subagitation presque continue ; paroxysmes subits à cessation brusque ; stérilité idéique, tendances sarcastiques s'exerçant à vide, incuriosité, stéréotypies schématiques sans variations, attitudes prostrées prolongées, mais avec hypertonie, facéties mornes. Jeux mimiques ; agressivité par intervalles. Dans un hospice (à Nanterre), destructivité. D'après renseignement, syndrome méningé en avril 1928. Lymphocytose. Bradypsychie. *Tuberculose de l'ascendance.* »

Le malade passe ensuite à Ville-Evrard, puis à la Maison Nationale de St-Maurice. La notion si importante d'*infection* disparaît alors des certificats ultérieurs pour faire place aux étiquettes nosographi-



FIG. 1 (Film). — L'animal d'abord debout, est projeté brusquement sur le côté au début de la crise épileptique. Les pattes sont alors agitées de violents mouvements convulsifs. Aussitôt la crise terminée le cobaye se redresse, et, au cours d'une impulsion violente à la course, se précipite du haut de la table.



1 2

Fig. 2. — Cobaye cataleptique. Reste indéfiniment en position verticale, tantôt sans appui (photo 1) tantôt le dos appuyé (photo 2). Noter l'attitude en flexion.

ques d'abord de psychose maniaque dépressive, ensuite de démence précoce (1).

A l'examen, ce malade *ne présente plus maintenant aucun signe pouvant attirer l'attention sur une histoire infectieuse, ni sur une tuberculose.* Robuste, son état général paraît très bon. Aucun signe de lésion pulmonaire ni viscérale, *mais réaction de Besredka très positive.*

Expérimentation chez le cobaye. — Chez un cobaye rendu allergique par injection de liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse, nous injectons le 21 octobre 6 cc. de liquide céphalo-rachidien de ce malade.

Rien d'anormal jusqu'au 2 novembre.

Le 2 novembre, on remarque que l'animal présente une *polypnée marquée,* qui s'accentue peu à peu dans la journée. En même temps, l'animal s'isole dans les coins, et fuit le contact des autres animaux.

Le soir du même jour, on remarque qu'il est comme « pétrifié ». Nous le sortons de sa cage et l'examinons en comparaison avec un cobaye normal. L'aspect différent des deux animaux est résumé dans le tableau ci-joint.

Cobaye injecté	*Cobaye normal*
1° Ne se débat presque pas, quand on le prend, s'incline alors sur le côté en gardant une patte en l'air.	Il se débat énormément, fait des bonds.
2° Placé debout, les deux pattes antérieures placées contre le rebord d'une boîte, l'animal est encore après plus de six minutes dans la même position et dans une immobilité absolue. Au fur et à mesure que cette attitude se prolonge, les deux pattes postérieures se soulèvent légèrement et l'animal s'incline peu à peu sur le derrière.	Le cobaye témoin placé debout dans les mêmes conditions reste quelques secondes dans cette position, puis s'en va. Parfois reste un peu plus, mais remue la tête à droite et à gauche et finit par s'en aller.
3° Station debout, dos appuyé. Le cobaye se maintient indéfiniment dans cette position, *le corps en flexion, légèrement enroulé,* les pattes restant en l'air. Au bout de quelques minutes apparaissent quelques secousses rythmées et balancements de la tête réguliers et incessants.	Il est impossible de maintenir l'animal dans cette position, se retourne aussitôt et se remet sur ses quatre pattes.

(1) Il en est hélas ! ainsi dans beaucoup de cas. L'épisode infectieux initial est trop souvent oublié. Nous reviendrons ultérieurement sur ces épisodes infectieux initiaux, souvent en rapport avec une *typho-bacillose,* prélude d'une démence précoce.

Dans la soirée, l'état cataleptique s'accentue encore et devient très impressionnant : placé sur le derrière et même presque sans appui, l'animal se maintient continuellement dans cette position, animé d'oscillations successives.

Le lendemain matin, l'état cataleptique persiste avec les mêmes caractères, mais vers 11 h. il diminue un peu. Dans l'après-midi, l'animal retrouve toute sa mobilité. Depuis lors, l'animal n'a plus présenté de catalepsie, mais il maigrit et reste polypnéique.

14 novembre. — Paraplégie du train postérieur.

17 novembre. — Animal en boule, ne marche plus, crises de claquements de dents.

18 novembre. — Photophobie.

21 novembre. — Mort.

*
**

En résumé, l'injection à des cobayes (préalablement rendus allergiques) de liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces, nous a montré :

1° tantôt une *ulcération locale* au lieu d'injection, ulcération rappelant le phénomène de Koch. Nous avons discuté dans un travail récent (1) l'interprétation de cette ulcération et nous avons montré qu'elle ne pouvait être due ni à une infection accidentelle, ni à l'albumine du liquide céphalo-rachidien (nombreuses injections analogues de liquide céphalo-rachidien négatives). Nous avons d'autres part étudié comparativement cette ulcération et celle obtenue par injection de tuberculine à des cobayes allergiques et nous avons montré leur analogie (2) ;

2° tantôt des *réactions nerveuses et générales* beaucoup plus tardives. Celles-ci peuvent consister :

a) dans des troubles du comportement (tendance à s'isoler) ;

b) dans des troubles respiratoires (dyspnée, polypnée).

c) dans des phénomènes cataleptiques transitoires (immobilisation, conservation des positions ;

d) dans des hyperkinésies (impulsions, mouvements de fuite stéréotypés) ;

e) dans des crises épileptiques convulsives ;

f) enfin dans des troubles paralytiques du train postérieur, et des toubles des sphincters.

Ces diverses réactions paraissent se comporter comme des *stades* de la maladie. Elles se présentent en effet à peu près dans l'ordre chronologique ci-dessus indiqué.

(1) *Paris Médical,* 27 août 1932.
(2) *Ibid,*

Notons que ces divers symptômes, bien que rarement réunis jusqu'à présent chez le même cobaye, réalisent autant qu'on peut parler de syndrome catatonique chez cet animal, les signes de la catatonie expérimentale analogues à ceux que la bulbocapnine détermine (1). Dans les deux cas, on note également l'intrication des hyperkinésies et de l'épilepsie.

Il existe toutefois une différence : c'est que la catatonie et l'épilepsie provoquées par un alcaloïde comme la bulbocapnine ne se produisent qu' *au moment même de l'injection* tandis que dans les expériences que nous venons de rapporter, il s'agit d'une *véritable maladie à paroxysmes spontanés et intermittents* beaucoup plus rapprochée de la maladie humaine.

Il reste cependant beaucoup de facteurs inconnus dans la pathogénie des troubles nerveux expérimentaux que nous venons d'observer. Quel est notamment le rôle respectif de la tuberculose initiale et de l'injection secondaire du liquide céphalo-rachidien ? Nous ne saurions le dire. Nous avons vu toutefois que nous avons pu mettre en évidence chez un de nos cobayes mort en état de mal épileptique la présence du virus tuberculeux dans le cerveau, malgré l'absence de méningite tuberculeuse, et de lésions cérébrales nettes. De nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet et sont en cours.

Rappelons enfin que pour constater ces troubles nerveux, il est nécessaire d'observer les animaux d'une façon très prolongée, *souvent pendant de longs mois,* et *de les soumettre à une surveillance de presque tous les instants.* La plupart des manifestations épileptiques et nerveuses de nos cobayes nous auraient passé inaperçues sans la vigilance de certains de nos malades, qui les observaient continuellement et nous prévenaient à la moindre alerte.

En outre, il est important de préparer très soigneusement les animaux allergiques, c'est-à-dire de les *tuberculiser faiblement.* Le plus souvent, nous y parvenions en injectant seulement quelques centimètres cubes (3 à 5) de liquide pleural, ou quelques

(1) On retrouve là, en effet, la triade : catalepsie, hyperkinésies, tr. végétatifs (respiratoires). Il faut noter d'ailleurs que le cobaye n'est pas l'animal de choix au point de vue de l'étude de la catatonie expérimentale. Comme nous y avons insisté avec de Jong, la catalepsie bulbocapnique est inconstante chez cet animal. D'autre part, dans certaines conditions, le cobaye peut présenter à l'état normal une ébauche de catalepsie que nous connaissons bien. Mais cette ébauche d'immobilité du cobaye normal ne peut en rien être comparée au syndrome cataleptique si impressionnant que nous avons rapporté plus haut, et qui est tout à fait superposable aux plus beaux cas de catalepsie et de catatonie bulbocapnique que nous avons observés chez cet animal.

grumeaux de pus d'abcès froid. L'allergie est décelée par l'adénopathie et l'intradermo-réaction à la tuberculine positive. La plupart des réactions nerveuses ont d'ailleurs été observées chez les animaux injectés avec du liquide pleural. Nous avons également utilisé quelques animaux préparés avec des bacilles tuberculeux secs et virulents provenant de l'Institut Pasteur (1). Mais chez aucun de ces animaux ainsi préparés nous n'avons recueilli jusqu'à présent de résultats positifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. Claude et H. Baruk. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases torpides et les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical,* 27 décembre 1930.
2. Loewenstein. — *Zentralbl. f. Bakt. Parasitenk. v. Inftk.,* 1931, p. 120,
3. Toulouse, Valtis, Schiff et van Deinsse. — Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. *Soc. de Biologie,* 18 avril 1931, p. 1144.
4. d'Hollander et Ch. Rouvroy (de Louvain). — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon. *Soc. belge de Biologie,* 28 mai 1932 ; *Soc. belge de Neurologie,* juin 1932 et *Congrès des Aliénistes et Neurologistes.* Limoges, juillet 1932.
5. H. Baruk, Bidermann et Albane. — Tuberculose et démence précoce. Réactions allergiques et encéphalite toxique. Recherches biologiques et expérimentales. *Paris Médical,* 27 août 1932, p. 166.
6. Puca. — Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Soc. de Biol.,* 15 octobre 1932, p. 258.
7. H. Baruk, Bidermann et Albane. — Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces. Sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux. *Soc. Médico-Psychologique,* 24 octobre 1932.
8. Xavier et Paul Abély et E. Coulon. — Recherches biologiques dans la démence précoce. *Soc. Méd.-Psych.,* 24 octobre 1932, p. 359.

La démence précoce peut-elle être considérée comme une méningo-encéphalite due à un ultra-virus neurotrope de nature tuberculeuse ? Résumé de quelques preuves morphologiques, cliniques et expérimentales, par M. Louis Couderc.

Nous avons pensé que le résumé de notre travail, encore inachevé, mais entrepris à une époque où son sujet était peu à l'ordre du jour, pourra présenter quelque intérêt pendant cette

(1) Nous remercions vivement le Dr Valtis et le Dr Van Deinse, de leur grande amabilité et de l'aide et des conseils précieux qu'ils nous ont prodigués.

vogue croissante des rapports entre la Démence Précoce et la tuberculose, et au moment où une séance de la Société Médico-Psychologique est réservée à cette question. Ce travail sera ultérieurement développé dans notre thèse, s'il n'est pas devenu inutile.

Nous passerons sur l'historique et la bibliographie ainsi que sur les faits que M. H. Baruk a étudiés dans sa récente communication : « balancement » des troubles mentaux et de la poussée évolutive, phénomènes d'allergie, etc.

Nous signalerons seulement deux catégories de faits cliniques qui à notre connaissance n'ont pas été l'objet d'une étude d'ensemble détaillée (nous parlerons de malades sans lésions tuberculeuses apparentes).

Tout d'abord la morphologie de certains déments précoces qui correspond à ce type particulier, à cette constitution tuberculeuse retrouvée — si on ose s'exprimer ainsi — et réhabilitée dernièrement. [Les auteurs, même non psychiatres ne manquent d'ailleurs pas de signaler l'analogie (1)].

D'autre part les signes plus ou moins accentués d'encéphalite ou même d'atteinte de tout le névraxe (troubles oculaires, musculaires, neurologiques, etc.) auxquels s'ajoutent des signes banaux chez les « imprégnés » bacillaires (troubles circulatoires, surtout veineux, état cyanotique, état asphyxique des extrémités, tachycardie, hypotension, etc.), signes s'exagérant par les conditions d'existence de ces malades et s'enchevêtrant avec les précédents.

En quelques mots : aux signes de névraxite en faveur d'une infection à ultra-virus neurotropes, très fréquents dans toutes les psychoses (M. Petit) se superposent des signes d'intoxication tuberculeuse.

A ces arguments s'ajoutent des preuves de laboratoire (recherches de MM. Courtois, X. et P. Abély, H. Baruk, du Pr d'Hollander, recherches personnelles). La communication hâtive d'un trop petit nombre d'expériences et les conclusions prématurées

(1) Landouzy. — Prédisposition à la tuberculose, *Revue de Médecine*, juin 1899.

Bounack. — Constitution tuberculeuse. *Journal Russe d'anthropologie*, 1924.

Jacquelin. — Morphologie des tuberculeux ; *Société d'Etude des formes humaines*, 1929.

Nicola Pende. — Conférence in *Science Medicale Pratique*, 1930, page 814.

Kretschmer. — *Structure du corps et du caractère*, traduction Payot 1930.

L. Corman. — Idées anciennes et modernes sur la constitution des tuberculeux, *Gazette des Hôpitaux*, août 1931.

entraînant de grossières erreurs, nous nous contenterons d'exposer notre technique et nous tirerons nos conclusions sous toutes réserves :

1° L'inoculation simple de liquide céphalo-rachidien de déments précoces au cobaye nous a toujours donné des résultats négatifs.

2° Depuis novembre 1930 nous avons expérimenté, avec notre collègue M. Beley, dans le service de M. Mignot la technique suivante : Préparation du cobaye par une très petite dose d'ultra-virus tuberculeux (un dixième de centimètre cube de bouillon filtré de Denys).

Les cobayes ne réagissent pas à cette première inoculation et semblent anaphylactisés à la toxine tuberculeuse. L'injection intra-péritonéale ultérieure de 5 cm³ de liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces paraît provoquer un choc, ainsi qu'une adénopathie lombaire et un amaigrissement fugace. La rate est souvent grosse. Quelquefois la mort peut être observée. Nous n'avons jamais trouvé des bacilles de Koch acido-résistants visibles.

3° Nous entreprenons enfin une nouvelle méthode, dérivée de celle du Pr Lowenstein, fondée sur les constatations de E. Chéron et suivant sa technique (1) : Ensemencement du milieu suivant : œuf total, eau de pomme de terre glycérinée, glycocolle à 1 p. 100, tuberculine brute à 1 p. 1.000, *p*H abaissé à 6,80. On ensemence avec le sang ou le liquide céphalo-rachidien et on expose 1 mois à l'étuve à 37°. On inocule ensuite 1 cm³ par kilogramme d'animal.

Notre hypothèse et nos conclusions, si elles ne sont pas modifiées par les résultats ultérieurs seront les suivantes :

1° Chez une très petite minorité de déments précoces, l'atteinte psychique (qui n'est ni profonde ni complète, qui n'évolue ni vers la démence ni vers l'amélioration pendant fort longtemps) demeure mystérieuse dans ses causes.

2° D'autres déments précoces ont des signes organiques permettant de supposer l'attaque d'ultra-virus neurotropes sans qu'aucun argument ne permette de penser à leur nature tuberculeuse.

3° Enfin, dans près de 60 0/0 des cas, on semble trouver un triple lien : morphologie, signes organiques, résultats d'inocula-

(1) *Sciences et thérapeutique,* 1er avril 1932. Phagocytose et réactions humorales de la tuberculose.

tion. (Ces derniers augmentant avec les techniques plus perfectionnées). Ces malades ne forment par contre aucune entité clinique au point de vue des troubles mentaux, et à cette étiologie tuberculeuse on peut aussi bien rattacher les schizomanes sombrés dans la schizophrénie (du Pr Claude) que les hébéphréniques typiques (de MM. Guiraud, Dide) que les malades évoluant vers la démence ou vers une amélioration tardive après une période aiguë confusionnelle, hallucinatoire, etc.

Cette proportion importante pourrait être éliminée du cadre « Démence précoce », les troubles mentaux ne formant plus qu'un syndrome, tout comme dans d'autres maladies à étiologie déterminée (intoxication, syphilis, etc.), la cause unique donnant des manifestations mentales variées.

Ainsi conçue la démence précoce, maladie d'origine indéterminée ne s'observerait plus que dans un nombre restreint de cas.

La proportion des autres malades correspond aux statistiques générales des lésions tuberculeuses chez les déments précoces, ces lésions pouvant être dues à un réveil rapide ou tardif de l'ultra-virus et sa transformation en formes visibles quand les modifications humorales (abaissement du *p*H) se produisent.

La séance est levée à 19 heures.

Les Secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Novembre 1932

Présidence : M. LEVY-VALENSI, président

La zone réflexogène du signe de Babinski dans la sclérose en plaques, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et N. T. KORESSIOS.

Les auteurs ont étudié cette zone sur plus de trois cents malades atteints de sclérose en plaques. Ils notent ses variations en rapport avec les poussées évolutives de la maladie. Dans le plus grand nombre des cas, on voit un agrandissement de cette zone précédant les poussées aiguës cliniques de sclérose en plaques et un rapetissement précédant la fin clinique de ces poussées. L'étude de cette zone constitue donc un élément d'appréciation important des poussées aiguës de sclérose en plaques, et permet de dépister la poussée aiguë, de porter un pronostic précoce et de prévoir la terminaison de la crise.

Considérations sur l'évolution post-opératoire des astrocytomes du cervelet, par MM. DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. PANET.

Les auteurs, ayant opéré 15 malades porteurs d'astrocytomes kystiques du cervelet, avec une seule mort, insistent sur l'évolution particulièrement favorable de ces lésions après ablation de la tumeur murale, et sur des points de technique opératoire.

Apparition au cours d'une sclérose en plaques d'un syndrome parkinsonien, par MM. O. CROUZON et J. CHRISTOPHE.

Les auteurs présentent une malade suivie depuis plusieurs années pour une sclérose en plaques typique. Au cours d'une poussée évolutive récente

est apparu un tremblement parkinsonien des membres avec contracture extra-pyramidale. Un tel aspect rappelle le cas déjà signalé par Guillain et Mollaret et semble expliqué par des lésions du mésocéphale et des noyaux gris centraux au cours de certaines formes de sclérose en plaques.

La diplégie faciale corticale (forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire), par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Il s'agit d'une diplégie labio-glosso-pharyngée, avec abolition de la motilité volontaire et conservation de la motilité réflexe. Les membres sont indemnes.

Tumeur intramédullairé chez un enfant de trois ans. Extirpation. Guérison. Classification histologique difficile, par M. CHRISTOPHE (de Liége).

L'auteur présente l'histoire d'une fillette de trois ans chez laquelle apparurent des douleurs radiculaires avec paraplégie à la fin d'une généralisation grave de vaccine. Un kyste intra-médullaire à parois fomenteuses, à structure de paroi d'ancien abcès stérilisé, fut extirpé. La paraplégie guérit rapidement.

L'auteur envisage diverses hypothèses pathogéniques et la corrélation possible entre ce kyste stérile et la généralisation de la vaccine.

Cysticercose cérébrale de la région péribulbaire, par MM. SCHMITE et LEMOYNE.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade atteinte de cysticercose péribulbaire et qui mourut malgré l'ablation chirurgicale d'une douzaine d'hydatides. Ils rappellent à ce propos l'importance de l'analyse du liquide céphalo-rachidien et insistent sur la localisation atypique de cette cysticercose, sur la carence symptomatologique, sur l'inefficacité de la radiothérapie et sur la gravité de l'intervention, qui fut rapidement suivie d'une réaction méningée mortelle.

Meningiome de la scissure de Silvius. Ablation. Guérison, par MM. DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. PENET.

Les auteurs présentent un malade âgé de 48 ans, qui a repris une activité absolument normale après avoir subi, il y a quelques mois, l'ablation d'un méningiome de 130 grammes développé au niveau de la scissure de Sylvius du côté gauche. Ils signalent l'évolution particulièrement lente de cette lésion dont certaines manifestations (troubles du caractère, accès comitiaux) remontent à plus de 12 ans, et donnent quelques détails opératoires.

Jean TUSQUES.

Société Française de Psychologie

Séance du 10 Novembre 1932

Présidence : M. René CHARPENTIER, Vice-Président

Compte Rendu du Congrès International de Psychologie de Copenhague (1932), par M. G. H. LUGUET.

La psychologie de langue française était représentée par une délégation assez nombreuse, qui comprenait notamment : MM. Claparède, Foucault, Luguet, Michotte, Piéron, Wallon. De nombreuses communications ont été faites ; nous nous réservons de rendre compte des plus importantes, lorsque le compte-rendu du Congrès nous parviendra.

M. René Charpentier ouvre la discussion sur la question d'un vocabulaire psychologique international, soulevée au Congrès ; un échange de vues a lieu à ce sujet.

MM. Piéron et *Wallon* mentionnent quelques films de documentation psychologique dont certains seront projetés à Paris, à une séance spéciale de la Société de Psychologie.

Le prochain *Congrès International de Psychologie* aura lieu à *Madrid* en *1936*.

Compte rendu du Congrès International d'Education Nouvelle de Nice (1932), par M. H. WALLON.

Ce Congrès a été remarquable par son organisation matérielle et par son atmosphère. Plus de 1.600 congressistes représentaient 46 nations. De nombreuses expositions concrétisaient les efforts et les résultats des éducateurs ; *M. H. Vallon* vante les objets fabriqués et les vases peints dans une école de village du Dauphiné, le journal rédigé et imprimé par une école de la région de Nice ; à côté de l'exposition polonaise officielle, il mentionne l'exposition de la minorité yeddish, en lutte à la fois contre l'enseignement officiel et contre la synagogue : elle comportait toutes sortes de documents météorologiques ayant trait « au temps qu'il fait » recueillis par les élèves eux-mêmes. Les nombreux contacts entre congressistes, leur assiduité, leur passion traduisent un intérêt et un enthousiasme croissants pour l'éducation.

Le problème posé, « Education et milieu social », différait un peu des thèmes des différents Congrès. Il est impossible de résumer toutes les

communications. Certaines tendances intéressantes s'y manifestent, les unes plus individuelles, les autres plus sociales, notamment l'esprit « révolutionnaire » de quelques groupements américains : le maître, égal des enfants, est un chef d'atelier ; pas d'enseignement livresque, sauf dans un livre fait par les enfants eux-mêmes ; en résumé, des tendances très « artisanes ».

Mme Coirault a perçu, dans l'ensemble des congressistes, une inquiétude qui n'empêche pas un optimisme et une foi très vifs.

En résumé, il est difficile de dégager le sens du Congrès, qui témoigne surtout de la fermentation des esprits.

Daniel LAGACHE.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 29 octobre 1932

Présidence : M. OLIVIERS, président

Réactions antisociales chez un névropathe émotif, (*Présentation du malade*), par M. NEVE.

Il s'agit d'un névropathe à constitution émotive qui un mois après son mariage fit une crise dépressive avec anxiété et se livra à des tentatives de meurtre sur la personne de sa femme, puis à une tentative de suicide. L'internement fut suivi d'une disparition presque immédiate de l'état dépressif; il y avait amnésie partielle pour les idées délirantes de ruine que le sujet avait exprimées. L'auteur insiste sur les particularités psychologiques du cas et sur les difficultés du reclassement de ce malade.

Les phénomènes éidétiques, par M. A LEY.

L'image eidétique est une représentation imaginative tellement vive qu'elle présente peu de différence avec la perception vraie.

Il s'agit d'un processus différent des images consécutives, qui s'observe généralement chez des sujets jeunes et nerveux. Ceux-ci peuvent être divisés en deux groupes : 1° le type « tétanoïde », spasmophile, avec hypocalcémie fréquente. L'administration de phosphate de calcium fait souvent disparaître chez eux les phénomènes eidétiques ; 2° le type « basedowien » chez lequel la visualisation est plus vive et s'étend aussi aux mouvements des images. Ce type est insensible au calcium.

La mescaline peut déterminer chez le normal des phénomènes eidétiques et une exagération des images consécutives.

L'auteur rapporte le cas d'une jeune fille de 18 ans, du type basedowien, et discute au point de vue psychologique les rapports entre ces phénomènes et l'hallucination proprement dite, ainsi que le rôle que paraissent jouer dans ces phénomènes de visualisation les facteurs physico-chimiques et endocriniens.

J. Ley.

Société belge de Neurologie

Séance du 22 octobre 1932

Présidence : M. MARCHAL, président

Cette séance, consacrée à la discussion du problème de la barrière hémato-encéphalique, était honorée de la présence de Mlle Lina Stern, professeur de physiologie à l'Université de Moscou, dont les nombreuses recherches sur la question sont bien connues.

La barrière hémato-encéphalique, par Mlle L. Stern, Moscou.

Dans un brillant exposé, destiné à introduire la discussion, l'auteur situe le problème dans le cadre de la pathologie générale du système nerveux central et retrace les principales étapes de ses recherches personnelles.

La barrière hémato-encéphalique est l'*entité physiologique* à laquelle il faut attribuer le rôle principal dans les échanges entre le sang, le liquide céphalo-rachidien et les tissus. Le parallélisme qui existe entre l'action d'une substance donnée sur le système nerveux et son passage dans le liquide céphalo-rachidien, montre que ce dernier doit être considéré comme le véhicule des excitants chimiques. Ceux-ci peuvent passer dans le liquide ou être retenus par la barrière, dont le fonctionnement peut être différent dans la série animale, différent aussi d'après les individus, ce qui pourrait expliquer les variations qui s'observent dans la tolérance vis-à-vis des poisons du système nerveux. La connaissance de ses modifications pourrait expliquer de nombreux phénomènes physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

La morphologie de cette barrière est difficile à étudier d'une manière directe, mais dans les cas pathologiques on constate qu'il existe un parallélisme entre les altérations de certains de ses éléments et celles du tissu nerveux.

Lorsque la perméabilité de la barrière est augmentée pour les substances cristalloïdes, les altérations prédominantes siègent au niveau des plexus choroïdes ; lorsqu'elle est augmentée pour les substances colloïdes, les altérations prédominent sur l'endothélium des capillaires et des précapillaires.

L'auteur montre l'importance de la substance employée pour déterminer la perméabilité : lorsque la barrière est altérée, elle peut l'être dans des sens différents pour les diverses substances. L'altération peut être qualitative et quantitative et il faut distinguer d'autre part la perméabilité aux substances pour lesquelles la barrière fonctionne normalement, de la perméabilité aux substances d'expérience.

Enfin, après avoir souligné l'importance des modifications de la composition du sang ou des humeurs dans cette étude, l'auteur montre qu'il faut tenir compte également des propriétés encore difficiles à définir de la cellule *vivante*, qui semblent bien dépasser le cadre des réactions purement physiques ou chimiques, telles qu'elles nous apparaissent en dehors des organismes vivants.

Discussion

M. B. Dujardin insiste sur le rôle de l'inflammation dans les modifications de la barrière hémato-encéphalique et montre que les réagines syphilitiques peuvent passer dans le liquide céphalo-rachidien à la suite d'une infection banale. La modification de la perméabilité est sélective, et les quantités de réagines qui passent peuvent être évaluées par la détermination de l'index de perméabilité.

M. L. van Bogaert envisage le point de vue clinique et montre comment les notions nouvelles sur le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique peuvent expliquer certaines erreurs, notamment en ce qui concerne la valeur attribuée au taux de la glycorachie dans l'encéphalite.

D'autre part, la détermination du coefficient de perméabilité par la méthode des bromures a permis une extension intéressante de ces notions au domaine psychiatrique, notamment en ce qui concerne la schizophrénie, la cyclothymie et l'épilepsie. Ces recherches sont utiles aussi, relativement au problème de la voie d'introduction des médicaments destinés à agir sur le système nerveux.

M. A. Ley demande si nos connaissances actuelles sur le fonctionnement de la barrière permettent d'expliquer pourquoi certains microorganismes de dimensions relativement grandes, tels que les trypanosomes, passent dans le liquide dès le début de l'affection, tandis que des microbes beaucoup plus petits sont au contraire retenus.

M. Lefèvre de Arric a constaté que le passage des virus à travers la barrière peut être favorisé par l'action de certaines substances, ainsi que par un traumatisme même léger. L'action de ce dernier est fugace et cette constatation ouvre des horizons nouveaux sur le rôle du traumatisme en clinique.

La perméabilité de la barrière aux arsénicaux a été trouvée diminuée après la malarisation. Comment expliquer que ces médicaments se montrent cependant plus actifs après le traitement malarique ?

M. Bremer montre la grande complexité du problème et pense qu'il peut y avoir modification de la perméabilité sans qu'il y ait nécessairement modification de la barrière, notamment dans les variations de l'équilibre de Donnan.

M. Divry demande s'il est possible d'expliquer pourquoi la barrière peut être perméable dans un sens et non dans l'autre et pense que l'étude du substratum anatomique de ces mécanismes ne doit pas être négligée.

Mlle Stern répond aux divers orateurs, et montre que les résultats de ses expériences confirment dans leur ensemble les idées de M. Dujardin, dont le point de départ a été surtout clinique.

L'auteur insiste sur l'importance du facteur *vie :* la barrière n'est pas seulement un filtre, et pour les molécules comme pour les microbes, les dimensions des corps qui passent n'interviennent pas. Parmi des corps très analogues au point de vue chimique, les uns peuvent être retenus, tandis que les autres passent.

Le « filtre » serait sélectif dans le sens sang-liquide, et il jouerait le rôle de soupape de sûreté dans le sens opposé. Il s'agit de phénomènes d'activité cellulaire, et non pas seulement de questions mécaniques ou physico-chimiques.

J. Ley.

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séances du 11 et du 25 Octobre 1932

Présidence de M. E. MIRA, président

Considérations sur un cas de gliome occipital gauche, par M. E. Tolosa.

Un garçon de 16 ans est atteint, depuis 40 mois à peu près et progressivement, de crises convulsives généralisées (avec aura), céphalées, quelques vomissements, perte de l'acuité visuelle ; d'atrophie de la papille et d'hémianopsie homonyme droite ; d'un syndrome pyramidal bilatéral avec hypermétrie discrète.

En outre, on note quelques signes d'hyperpituitarisme ; on pratique la ventriculographie. Liquide xanthochromique à la ponction de la corne occipitale gauche, l'injection consécutive d'air faisant apparaître à la radiographie une ombre ovoïde (région occipitale gauche). Une nouvelle ponction frontale ne permet pas de découvrir le ventricule latéral gauche.

L'intervention confirme le diagnostic de gliome kystique à localisation occipitale gauche. L'examen histologique (Dr Oberling), révèle l'existence d'un glioblastome, mais l'hypothèse d'un astrocytome malin ne doit pas être complètement écartée.

Les altérations leucocytaires du sang dans l'encéphalo-myélite aiguë ; pronostic, par M. B. RODRIGUEZ-ARIAS.

Les malades atteints d'encéphalite léthargique aiguë ou d'encéphalomyélite disséminée aiguë, observés l'année dernière par l'auteur à Barcelone, ont été l'objet de recherches au point de vue des modifications leucocytaires. Une lymphocytose assez accusée et même l'inversion de la formule (lymphocytes-granulocytes), était de règle, ainsi qu'une leucopénie, parfois une hyperleucocytose. Il faut dire aussi que des altérations sensiblement égales pouvaient être mises en évidence chez les collatéraux. Mais la donnée la plus importante dérive sans doute des examens pratiqués en série. Plusieurs mois après le début de la maladie, la formule leucocytaire reste identiquement anormale, surtout quand le cours clinique apparent du processus infectieux prend une allure chronique.

Par contre, les vieux encéphalitiques et les patients d'un aspect pathologique similaire, ainsi que les encéphalomyélitiques rapidement guéris cliniquement, ont une formule normale ou assez vite réductible.

C'est pour cette raison, dit l'auteur, que le pronostic peut tirer un grand profit des examens cytologiques.

Sur l'enseignement des infirmiers psychiatriques. (Conclusion votée et présentée à la considération des Pouvoirs publics).

L'enseignement du personnel subalterne (praticiens et infirmiers psychiatriques), qui a été organisé dernièrement (mai 1932) par le Ministère de l'Intérieur, constitue une des bases du projet de réorganisation psychiatrique que le Gouvernement autonome de la Catalogne (« Generalitat de Catalunya ») vient d'accepter, sur le conseil des groupements de spécialistes, parmi lesquels on compte les membres de notre Société.

Mais plus encore que le programme des leçons théoriques et pratiques, la durée des études, les épreuves des examens, les conditions de placement dans les établissements publics et privés, la sélection technique, qu'il est indispensable de faire *préalablement,* a une importance capitale. Les individus qui désirent étudier pour devenir infirmiers devraient être l'objet d'une sélection rigoureuse au triple point de vue cultural, médical et psychologique.

Le Directeur de l'Institut de Psychotechnique (Président) et 4 délégués respectivement, de la Faculté de Médecine, des Asiles psychiatriques de la « Generalitat », des Etablissements sanatoriaux privés et de notre Société pourraient faire partie du jury pour l'examen des candidats.

B. RODRIGUEZ-ARIAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Les séquelles de l'encéphalite épidémique. *Etude clinique et thérapeutique*, par Georges GUILLAIN, Professeur de Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de Médecine, et Pierre MOLLARET, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, ancien Interne des Hôpitaux de Paris (1 vol. in-8°, 104 pages, 21 figures, in Collect. *La Pratique médicale illustrée*, G. Doin et Cie, édit., Paris, 1932).

On est bien loin maintenant des premières descriptions de l'encéphalite épidémique. Les aspects cliniques de la poussée aiguë se sont multipliés à l'extrême, en même temps que se révélèrent d'innombrables séquelles transformant le pronostic d'avenir des sujets apparemment guéris de l'épisode initial aigu. Si bien qu'il paraît, actuellement encore, impossible de délimiter le domaine exact de cette affection. Il faut, de plus, souligner l'absence de tout critère certain de l'étiologie encéphalitique d'un phénomène.

Après un chapitre d'étiologie générale, MM. Guillain et Mollaret passent successivement en revue le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, les troubles dystoniques et les mouvements anormaux post-encéphalitiques, les troubles sensitifs, sensoriels, végétatifs, endocriniens et viscéraux.

Les troubles psychiques, dont la fréquence et l'importance médico-légale ont été souvent signalés par les auteurs, en particulier dès 1922, dans le remarquable rapport de Truelle et Petit au Congrès des aliénistes et neurologistes (Quimper) sont étudiés à la période aiguë et à la phase chronique chez l'adulte, chez l'enfant et chez l'adolescent. La connaissance des troubles encéphalitiques remet même en question le problème de la nature de l'hystérie.

Les auteurs envisagent avec prudence l'existence de formes localisées, insistent sur cette grave menace que constituent les reprises aiguës toujours possibles de la maladie et condensent dans un chapitre spécial les éléments dont la recherche et l'appréciation permettent, en pratique, de conclure à l'étiologie encéphalitique d'un syndrome discuté.

Cette excellente monographie neuro-psychiatrique, où se sent à chaque

page un souci de mise au point et de révision critique indispensable, se termine par l'exposé d'une thérapeutique anti-infectieuse et symptomatique trop souvent encore inefficace et décevante.

René CHARPENTIER.

Le système nerveux de la vie végétative, par D. DANIELOPOLU, Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Bucarest, Directeur de l'Institut Clinico-Médical « B » de l'Hôpital Filantropia. 2 fascicules. — I. *Anatomo-Physiologie normale* (1 vol. in-8°, 100 pages, 70 figures); — II. *Méthodes cliniques d'exploration. Pathologie. Thérapeutique médicale et chirurgicale* (1 vol. in-8°, 110 pages, 74 figures, in *La Pratique médicale illustrée,* Gaston Doin et Cie, édit., Paris, 1932).

Dans cet ouvrage, le professeur Danielopolu expose d'une manière aussi élémentaire que possible la question si complexe de la physiologie normale et pathologique du système nerveux de la vie végétative, en se servant des notions classiques de physiologie et de ses recherches personnelles. Il explique la confusion qui existe à l'heure actuelle dans l'étude clinique du système nerveux de la vie végétative, par une série de fautes de technique et d'interprétation de la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question.

Apportant des procédés nouveaux d'enregistrement, dont la *méthode viscérographique* qu'il a introduite dans la clinique pour l'étude de la motilité de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, etc., il décrit son épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, seule épreuve du tonus végétatif actuellement connue. Il se sert des épreuves de l'excitabilité, physiologiques ou pharmacologiques, pour établir les trois lois fondamentales qui, selon lui, régissent le fonctionnement du système nerveux de la vie végétative (loi de l'amphotropisme, loi des prédominances, loi du mécanisme circulaire amphotrope du tonus et de l'excitabilité végétatifs).

Le premier fascicule contient l'anatomo-physiologie normale, des notions de pharmacodynamie végétative et les trois lois fondamentales. Le second fascicule comprend les épreuves cliniques d'exploration du système végétatif chez l'homme, la classification de l'auteur des syndromes végétatifs et le rôle du système végétatif dans les affections du cœur et des vaisseaux, des appareils digestif et respiratoire, des viscères pelviens, dans la maladie de Basedow, le syndrome d'Addison, les maladies infectieuses, etc... Des chapitres de thérapeutique végétative médicale et de thérapeutique chirurgicale (dans lequel l'auteur expose surtout les résultats de sa méthode dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine) terminent le deuxième fascicule.

L. R.

BIOLOGIE

Hérédité et Races, par L. MAC-AULIFFE, A. CONSTANTIN, J. MONCHANIN, A. VALENTIN, E. LÉTARD, L. CUÉNOT, A. LÉONET, L. MAYET, A. PHILIP, C. PETIT. (1 vol. in-8°, 278 pages. Les Editions du Cerf, Juvisy (Seine-et-Oise).

Ce livre contient les rapports présentés pendant l'année 1929-1930 au Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Ce groupement, formé il y a quelques années pour offrir aux médecins, aux sociologues, aux moralistes un lieu de rencontre cordiale et les faire collaborer

chaque année à la mise au point d'un grand sujet central, a été particulièrement bien inspiré en instituant cette enquête. Car si tout ce qui touche à l'hérédité a été depuis longtemps et maintes fois étudié, bien des inconnues subsistent encore et la question est toujours d'actualité.

De même que la précédente publication du groupe, consacrée aux questions relatives à la sexualité (1), celle-ci est l'œuvre d'auteurs divers pris dans les différentes catégories scientifiques et philosophiques réunies pour constituer le Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. On y trouvera traités sous des angles divers *le mécanisme de l'hérédité mendélienne*, par M. Etienne LÉTARD, *l'hérédité des caractères acquis*, par M. Lucien CUÉNOT, et des chapitres tels que *Hérédité et pathologie*, par le Dr Léon MAC-AULIFFE, *Hérédité et psychologie*, par le Dr A. LÉONET, *Hérédité et Sociologie* par Me Claude PETIT, *Hérédité et Morale* par le R. P. Albert VALENSIN, *Races humaines préhistoriques et actuelles* par le Dr Lucien MAYET, *le problème biologique et psychologique des races* par le Colonel A. CONSTANTIN, *le problème social des races* (Racisme, Gobinisme) par le professeur PHILIP, et enfin, sous la signature de l'abbé MONCHANIN, un essai de synthèse sur *l'espèce humaine*.

Une telle division du sujet et une telle diversité d'auteurs impliquait à vrai dire des répétitions et même quelques contradictions. Elles n'enlèvent rien, bien au contraire, à l'intérêt d'un volume qui se recommande précisément par les différences des points de vue et des méthodes qui ont présidé à l'exposé de ses différentes parties.

R. C.

Visages et caractères, par Louis CORMAN, avec la collaboration de Gervais ROUSSEAU. *Préface* du Dr VURPAS, médecin de la Salpêtrière (1 vol. in-8°, 319 pages, 31 figures, Plon, édit., Paris, 1932).

Les auteurs de ce livre, pour qui la forme humaine objective les dispositions du caractère, estiment qu'on peut aujourd'hui tenter l'esquisse d'une véritable *science* des relations de la forme et du caractère. Introduisant dans les connaissances antiques les données récentes de la Morphologie et de la Psychologie, ils ramènent la variété des types humains aux *alliages* de huit types simples qui sont analysés et figurés par des dessins précis.

Chacun de ces types est défini psychologiquement par la *tendance affective* qui dirige sa conduite et décrit en des vues synthétiques originales qui situent l'individu dans la société. Des pages sont également consacrées aux *aptitudes professionnelles* et au *sens des valeurs commerciales*.

Selon les auteurs, cette connaissance des rapports des traits du visage avec les traits du caractère trouve des applications nombreuses, aide à l'éducation des enfants et, plus tard, sert à guider leur vocation. Elle est utile à tous ceux que leur profession appelle à diriger d'autres hommes. La morphologie leur paraît être la méthode la plus sûre d'*orientation professionnelle*.

Dans la *préface*, le Dr *Cl. Vurpas* fait observer qu' « en plus de l'appoint apporté à nos connaissances, et dont on mesurera l'importance, cette méthode offre l'immense avantage de la rapidité. Alors qu'un examen psychologique ou psychophysiologique nécessite de longues et patientes recherches, la seule inspection permet ici de se faire rapidement une opinion... », Faut-il pré-

(1) 1 vol. in-8°, édition des Laboratoires Lumière.

férer l'examen le plus rapide... ou celui dont les résultats paraîtront les moins inconstants ?

Quel que soit le grand intérêt des études morphologiques actuelles, et de cet ouvrage en particulier, bien hardi serait celui qui ne craindrait pas actuellement de poser, même en caractérologie, un diagnostic définitif sur des bases uniquement physiognomoniques.

René CHARPENTIER.

Biologie de l'invention, par Charles NICOLLE, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, Prix Nobel de Médecine. (1 vol, in-16, 162 pages, in *Bibl. de Philosophie Contemporaine*, Félix Alcan, édit. Paris 1932).

L'esprit d'invention obéit aux règles biologiques. Alors que la vie se caractérise par une tendance à l'équilibre et que, de cet équilibre, résultent la régularité de l'être, sa beauté, sa santé physiologique et une intelligence appropriée aux conditions de l'existence, l'esprit d'invention offre le caractère d'un accident.

Il se développera sous l'action des circonstances qui dérangent l'équilibre, sans le compromettre gravement. Chez l'inventeur, ce seront surtout certains mélanges de sang. Les grandes civilisations ont paru quand se sont produites des mêlées de peuples différents, pas trop éloignés pourtant.

Les facteurs qui interviennent chez le prédestiné, dans l'acte de l'invention, sont ceux qui favorisent les associations imprévues d'idées ou d'images. Les ennemis de la découverte sont le respect des idées acquises, l'érudition.

L'évolution de l'humanité la conduit à la constitution d'un type uniforme. En même temps, elle la pousse à la rationalisation de l'intelligence. C'est un grand péril pour l'avenir de l'esprit de découverte. M. Charles Nicolle estime cependant que cet esprit sera sauvé par un acte intelligent, une erreur de la nature inconsciente.

L'ouvrage eût été incomplet s'il n'y avait été fait une grande part à la psychologie de l'inventeur. Ecrit sous une forme personnelle qui ne laisse pas s'émousser l'intérêt, ce livre qui touche à de nombreuses questions est émaillé d'exemples et de réflexions, telle celle-ci : « Parler de fatalité, c'est « parler de rien. Rien n'est fatal. Des choses arrivent » (page 155), ou cette autre (page XV) : « La conclusion la plus claire de mes réflexions est « que la faculté d'invention est un accident, une propriété hasardeuse, ni « plus ni moins extraordinaire que tant d'autres. »

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

La fièvre récurrente dans le traitement de la Paralysie générale et du Tabès, par A. MARIE et MÉDAKOVITCH. Préface du Professeur WAGNER JAUREGG, 1 brochure, 80 pages, *J. Peyronnnet et C°, Éditeurs*, Paris, 1932.

La malariathérapie a aujourd'hui sa position assurée. Elle n'a presque plus d'adversaires systématiques. Les critiques localisent leurs objections dans des détails de techniques. Pour la récurrente, la situation est moins bien assise. Certains neuropsychiatres se demandent où est l'intérêt d'une méthode dont les risques ne sont pas encore bien connus et dont l'effet thérapeutiquee ne paraît pas supérieur à celui de la malariathérapie. A la

vérité, paludisme et fièvre récurrente sont des applications à propos desquelles il est vain d'établir un rigoureux parallélisme. C'est ce que les auteurs ont bien montré et sur quoi Wagner Jauregg insiste dans sa préface. La récurrente est destinée à compléter la malaria quand celle-ci n'est plus inoculable, soit parce qu'on en a épuisé les effets dans des essais thérapeutiques antérieurs, soit parce que le sujet a été vacciné naturellement au cours d'infections accidentelles. La récurrente n'a pas le même inconvénient. Elle comprend un tel nombre de variétés qu'il est toujours possible pour un sujet donné d'avoir recours à une variété nouvelle.

Pour A. Marie et Médakovitch la malaria reste la méthode de choix, mais la récurrente ne doit pas être rejetée ; c'est un complément intéressant au même titre que les autres procédés pyrétothérapiques. La technique de l'inoculation directe au niveau des éléments nerveux est décrite. On sait qu'elle donne une fièvre, non plus intermittente mais continue et plus grave ; faits que les auteurs expliquent en invoquant le désordre transitoire apporté au niveau des éléments nerveux qui ne réalisent plus l'immunisation relative et fugace obtenue pendant le cours de la récurrente.

Le travail de A. Marie et Médakovitch forme un excellent matériel d'étude grâce aux observations cliniques, aux critiques, à la bibliographie. Cette revue générale nous manquait. Depuis quelques années, nombre de revues agitent cette question et publient des cas isolés, affirment leurs préférences, formulent leurs objections. Cet exposé détaillé vient en son temps combler une lacune de la littérature médicale sur la thérapeutique de la syphilis nerveuse.

P. CARRETTE.

Rééducation psychothérapique. Contrôle de l'équilibre mental et nerveux, par le Dr Pierre PROST. (1 vol. in-8°, 138 pages, Gaston Doin et Cie, édit., Paris, 1932).

Comme l'indique son sous-titre, ce Manuel est basé sur la notion d'un équilibre mental et nerveux dont la rupture explique en grande partie le *mécanisme des psychonévroses.* Cette conception dynamique amène l'auteur à classer les névropathes en deux grandes catégories principales : d'une part, les agités, les spasmés, les excités ; d'autre part, les déprimés, les fatigués. A chacun de ces groupes correspondent des moyens propres de *rééducation :* au premier s'appliquent les techniques utilisant la *détente ;* au second, au contraire, celles mettant en jeu l'*attention,* la volonté.

L'auteur s'est attaché à identifier chacun des *procédés* de rééducation psychothérapique et à en montrer les *indications* propres.

L. R.

Les abcès cérébraux et leur traitement, par Jean PIQUET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. Préface du Professeur R. LE FORT. 1 vol., 150 pages, 7 fig. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques.* Masson et Cie, édit., Paris, 1931).

Ce petit livre, essentiellement pratique, intéresse non seulement le médecin et le chirurgien, mais également l'oto-rhino-laryngologiste et le neurologiste.

L'auteur y envisage d'abord les quatre principales causes susceptibles de donner lieu à la formation d'un abcès cérébral. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante : les lésions de l'oreille moyenne, les sinusites

frontales, les traumatismes cranio-cérébraux et enfin, certaines infections à distance.

Dans un second chapitre, il étudie la pathogénie de l'abcès cérébral dans les 4 cas énumérés ci-dessus. Le chapitre III est consacré à une étude anatomo-pathologique de l'abcès cérébral (siège, profondeur, volume, contenu, germes microbiens, formes, formation et évolution anatomique, particularités anatomiques propres à chaque variété).

Les chapitres suivants traitent des trois grandes formes cliniques, de l'évolution et du pronostic de l'abcès cérébral, du diagnostic et du traitement selon qu'il s'agit de l'abcès d'origine osseuse, des abcès traumatiques, des abcès métastatiques.

Ainsi que le rappelle le professeur *Le Fort*, si la chirurgie cranienne remonte à la plus haute antiquité, et même à la préhistoire, la chirurgie cérébrale est d'origine récente et son champ d'action s'étend tous les jours.

La connaissance de ses indications et de ses possibilités est indispensable au neuro-psychiatre.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Contribution au problème de l'hérédité des schizophrènes, par M. Bleuler. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, octobre 1931.

L'auteur a réuni, au Bloomingdale Hospital, 100 cas classés dans le groupe des schizophrénies et a obtenu des renseignements sur l'état mental de 2.634 parents de ces malades. Il est assez vain d'étudier les statistiques établies. M. Bleuler le reconnaît. Les antécédents psychopathiques sont loin de posséder la même valeur. Avoir un père atteint de délire d'interprétation, par exemple, est un fait d'une tout autre importance que la constatation d'un accès de confusion à la suite d'un ictus sénile. Les formes cliniques de la schizophrénie répondent à des antécédents héréditaires variables. Les états démentiels à évolution brusque, accompagnés de dystrophies glandulaires, surviennent chez des individus à hérédité saine. Les syndromes schizoïdes, les démences affectives, terminaison d'anomalies mentales précoces ou constitutionnelles, coïncident au contraire avec une hérédité chargée. C'est en somme un argument en faveur de la division étiologique de la démence précoce en deux groupes : une forme dégénérative, héréditaire, et une forme toxi-infectieuse, accidentelle. P. Carrette.

Sur la schizophrénie prépubérale, par Angelo Vasselli (de Novare). *Rassegna di Studi Psychiatrici*, décembre 1931.

L'auteur expose un cas de démence précoce prépubérale chez un enfant de 14 ans, qui présente les symptômes initiaux de la maladie. A son sujet, il étudie tout particulièrement le fonctionnement des principales glandes

endocrines et il arrive à la conclusion qu'il existe une dysendocrinie pluriglandulaire et spécialement une insuffisance de la thyroïde et de l'hypophyse.

Paul ABÉLY.

L'interprétation des symptômes schizophréniques comme dissolution de fonctions, par KRISSH. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXVIII (1932), p. 109 à 121.

La plus importante partie des symptômes schizophréniques n'est pas l'expression d'un déficit fixe, mais d'une défaillance fonctionnelle. Il s'agit de hautes fonctions cérébrales désintégrées. S'il existe un signe pathognomonique de la Schizophrénie ce pourrait être la rapidité de passage d'état normal à un état anormal ce qui ne peut s'expliquer qu'en termes dynamo-énergétiques. La racine « schizo » vise un état de désagrégation comparable à la « séjonction » de Wernicke. On compare souvent l'état des schizophrènes à des états de conscience dégradée, comme la narcose, l'ivresse, le rêve, etc... Les troubles de la pensée chez les schizophrènes peuvent se grouper en plusieurs types : 1° les arrêts, les vides, etc... ; 2° l'éparpillement, la diffluence ; 3° le caractère visuel concret de leurs représentations. L'incohérence du langage ne provient pas de troubles analogues à l'aphasie, il s'agit de troubles des *significations* verbales. L'auteur analyse rapidement 4 cas cliniques qui illustrent l'article. Il termine par des considérations sur l'analogie de la pensée du schizophrène et celle du rêveur, et n'accepte, qu'après l'avoir revisée, l'opinion de Bleuler sur la parenté foncière de ces deux états.

Henri EY.

Le problème de la démence précoce-schizophrénie, par James V. MAY. *The American Journal of Psychiatry,* novembre 1931.

Il n'est pas sans intérêt de connaître l'évolution des idées suivant les milieux et de voir comment les auteurs des diverses écoles envisagent la question des grands syndromes psychiatriques, en particulier de ceux qui ont fait l'objet des plus grandes discussions récentes. James V. May donne un historique rapide des modifications du concept démence précoce depuis Morel et à travers les synthèses de Kræpelin et de Bleuler. Il considère la démence précoce, — synonyme pour lui de schizophrénie, — comme une désorganisation de la personnalité, se développant durant l'adolescence ou la maturité, caractérisée par une incoordination des mécanismes mentaux sans base anatomique définie jusqu'à ce jour. C'est une réaction contre les difficultés d'une individualité inadaptée à l'éducation, à la vie économique, sexuelle, émotionnelle, domestique et sociale, aboutissant à l'attitude autistique, comme dans la catatonie de Kahlbaum, ou à une diminution simple des facultés, comme dans l'hébéphrénie de Hecker, ou à une ataxie intrapsychique comme dans les schizophasies de Bleuler, les paraphrénies et les types paranoïdes de Kræpelin.

Les épisodes aigus, dont la symptomatologie est nettement schizophrénique, doivent être rattachés à la maladie initiale : démence organique, alcoolisme ou même paralysie générale. L'erreur qui consiste à les inclure dans le cadre de la démence précoce explique, mais ne légitime pas, les cas de guérisons rapportés par certains auteurs.

P. CARRETTE.

Le problème de la démence précoce-schizophrénie, par James V. May. *The Psychiatric Quarterly,* janvier 1932.

L'auteur simplifie la question en rejetant toutes les formes syndromiques secondaires qui peuvent apparaître à la suite d'états toxi-infectieux et qui réalisent des variétés complexes et hybrides. C'est justement la difficulté du problème qui est ainsi résolue par suppression. Cette opération effectuée, James-V. May est à l'aise pour analyser les caractéristiques psychologiques de la schizophrénie qu'il définit : une désorganisation de la personnalité par incoordination des mécanismes mentaux associée à une désagrégation intellectuelle sans base organique définie. Le résultat de cette altération mentale est une inadaptabilité à l'éducation, à la vie économique, sexuelle, émotionnelle, domestique et sociale.

Trois grands groupes sont isolés : 1. l'hébéphrénie de Hecker, détérioration primaire progressive ; — 2. la catatonie de Kahlbaun, réunion des types autistiques ; — 3. les schizophasies de Kræpelin et de Bleuler, groupe des incoordinations intellectuelles dans lequel entrent les types paranoïdes et la paraphrénie kræpelinienne.

P. Carrette.

Des réflexes extra-pyramidaux dans diverses maladies du système nerveux central et en particulier dans la démence précoce, par Agrippa Severino (de Catane). *Rivista sperimentale di Frenatria,* septembre 1931.

D'une longue et minutieuse étude, l'auteur conclut que peuvent être considérés comme réflexes extra-pyramidaux probables : le réflexe de Poussep, le réflexe de Schrigwer-Bernhard et les réflexes de pression de Söderberg. En revanche, le phénomène de Boveri et celui de Piotrowski paraissent ne pas appartenir à la série extra-pyramidale.

Ces réflexes sont habituellement plus fréquents dans les maladies organiques que dans les maladies fonctionnelles du système nerveux.

Tous, sauf cependant celui de Piotrowski, n'existent pas chez les sujets normaux. Ils indiquent, par leur présence, l'existence d'une réaction pathologique d'origine chimique ou destructive du système nerveux central.

Lorsqu'on les recherche dans la démence précoce, on constate qu'ils sont rares dans les formes hébéphréniques ou paranoïdes. En revanche, ils sont habituellement positifs dans la forme catatonique, surtout en ce qui concerne le réflexe de Poussep, celui de Schrigwer-Bernhard et les réflexes de pression.

P. Abély.

Deux formes de l'état terminal des maladies mentales non organiques. Une forme particulière de la stupeur, par Pierre Prengowski, Docteur en Médecine et en Philosophie, Médecin de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, à Varsovie. *Encéphale,* juillet-août 1931, n° 7, page 529.

Ce que l'on mentionne le moins exactement dans les maladies mentales anorganiques, c'est leur mode de terminaison. A tort assurément, d'où l'imprécision des termes de démence vésanique ou secondaire, etc... L'auteur s'applique à combler cette lacune. Tels malades auxquels pouvait convenir l'étiquette de démence précoce achèvent leur carrière avec une réintensifisation de leur vie affective. Tels autres, habituellement et longtemps stu-

poreux, inertes, conservent jusqu'au bout leur affectivité. Ce qui les caractérise, c'est moins une déficience du fonds mental lui-même qu'une incapacité permanente d'en manifester ouvertement les ressources. Et la conscience de cet état peut subsister.

Roger ANGLADE.

Etiologie alimentaire des psychoses, par J. ZAVODNY. *Revue neurologique tchèque,* 1931, nº 5-7.

L'auteur a observé, dans quelques cas de psychose maniaque-dépressive, une exacerbation des symptômes morbides après un défaut alimentaire. A la suite de ces faits, ayant ordonné, dans ces cas, un régime alimentaire rigoureux sans albumine animale, excepté du lait, du beurre et du lait caillé frais, en même temps que des laxatifs et du charbon animal, il a observé une disparition rapide des symptômes morbides. L'auteur est d'avis que, parmi les facteurs étiologiques des psychoses, il faut ranger aussi l'intoxication alimentaire périodique.

ŠEBEK.

Troubles psychiques consécutifs à la fièvre typhoïde, par O. JANOTA. *Revue neurologique tchèque,* 1931, nº 8.

L'auteur décrit les troubles psychiques consécutifs à la fièvre typhoïde chez un homme de 38 ans qui avait eu la fièvre typhoïde 3 ans auparavant. Rien d'anormal dans les antécédents. Au stade fébrile, le malade a présenté de la confusion mentale. Les troubles psychiques qui ont commencé avec la convalescence présentaient l'aspect d'une combinaison entre la forme amnésique — type de Korsakow — et la forme neurasthénique hyperesthésio-émotionnelle. Au maximum du syndrome amnésique se sont manifestées aussi des fabulations. Dans les premiers mois qui suivirent, on observa une boulimie particulière, des tics, des démangeaisons incessantes généralisées et des douleurs passagères des membres, manifestation de la lésion des nerfs périphériques, vraisemblablement surtout des nerfs sensitifs sympathiques. Le syndrome initial des troubles psychiques a abouti à un état permanent caractérisé par des troubles légers de la mémoire, un affaiblissement de la puissance de travail, de la brusquerie, des manières cérémonieuses et de l'affectation dans la façon de se comporter.

L'auteur insiste surtout sur les troubles psychiques durables qui se rencontrent assez rarement depuis quelques années. Il compare ces troubles à une rémission profonde de la paralysie générale. La seule différence entre les rémissions paralytiques et les troubles durables qui surviennent après la fièvre typhoïde consiste peut-être dans le fait que le malade souffrant de troubles post-typhiques fait un effort plus marqué pour vaincre les défectuosités de son intelligence, défendre sa place dans la société et conserver sa situation antérieure, que n'en est capable le paralytique même le plus actif.

Il est extrêmement vraisemblable que les processus dégénératifs chroniques de la corticalité, décrits par Nissl, Spielmayer, Schröder, Spatz, Wohlwill, etc., sont la cause principale des troubles psychiques. Dans le cas ci-dessus, l'augmentation de l'albumine et des cellules dans le liquide céphalo-rachidien prouve avec certitude que le système nerveux central, et vraisemblablement aussi les méninges, sont touchés.

A.

A propos de l'intoxication chronique par les préparations de codéine, par V. HASKOVEC. *Revue neurologique tchèque,* 1931, nº 5-7.

L'auteur décrit un cas de Dicodidomanie (21 tablettes à 0,01 gr. par jour) chez un individu à hérédité homologue et homochrone (alcoolisme épisodique chez le père entre 25-30 ans). Intoxication chronique typique, mais sans graves troubles psychiques au cours de l'intoxication et de l'abstinence. Ce sont les symptômes d'ordre neurasthénique avec tendance aux signes spasmodiques qui dominèrent. La thérapeutique antitoxique étant strictement pratiquée, on observa une diminution des symptômes d'abstinence suivant un type intermittent.

Remarques sur le danger de Dicodid chez les prédisposés et sur la nécessité de connaître la personnalité du malade avant l'application de la préparation. L'auteur signale, par ailleurs, un cas d'Eucodalomanie (2 grammes par jour) chez un sujet en bonne santé psychique. Malgré des symptômes d'intoxication plus graves, le sevrage fut plus rapide et plus favorable que dans le cas de Dicodidomanie. A.

Etats crépusculaires épisodiques à hérédité similaire (épisodische Dämmerzustände (Kleist) mit gleichartiger Vererbung), par K. LEONHART. *Monatsschrift für Psychiatrie,* 1931, 3-4.

Une femme de 53 ans a été atteinte 15 fois d'accès crépusculaires, avec désorientation, fausses reconnaissances, troubles hallucinatoires. Les accès ont débuté sans cause, subitement, et se sont terminés par la guérison complète, au bout de 1-3 semaines. La mère de la malade a eu des accès tout à fait semblables. Il s'agit d'une affection spéciale, qui rentre dans le groupe des états crépusculaires épisodiques décrits par Kleist.

E. BAUER.

Démence traumatique, par le Dr Fausto GUERNER (*Sao Paulo Medico,* 4e année, vol. I, nº 6, Oct. 1931).

L'auteur relate l'observation d'un homme de 47 ans, mécanicien, qui se comporta toujours normalement, sans reproche de son patron. A la suite d'une chute, il fut atteint d'une fracture du crâne et présenta, un an environ après, un syndrome démentiel caractérisé par une déficience globale et accentuée de toutes les facultés intellectuelles. Cette démence s'accompagna de désordres de la parole, d'un type spécial tel que celui qui fut décrit par Roussy et Lhermitte, de désorientation dans l'espace, de céphalées et de vertiges, l'ensemble correspondant à la description de Rogues de Fursac (Démence traumatique).

Il est intéressant de noter que cette fracture, comme le montre la radiographie, correspondait à la région frontale antérieure gauche.

J. TUSQUES.

Un cas atypique de psychose présénile, par G. HALBERSTADT, médecin des Asiles. *Encéphale,* novembre 1931, nº 8, page 671.

Contribution à la connaissance des psychoses préséniles ; domaine encore très obscur et pourtant très intéressant de la psychiatrie. Observation d'une femme qui, vers la cinquantaine, deux ans après la ménopause, devient

mélancolique puis surexcitée et confuse, stuporeuse et catatonique, pseudo-démentielle. Tout cela en 6 ans. Après quoi elle guérit.

Psychose maniaque dépressive ? A ce diagnostic, l'auteur préfère celui « d'accès dégénératif chez une prédisposée ».

Peut-on dire qu'ainsi un peu de clarté jaillit dans l'obscurité dont se lamentait Kræpelin ? Roger ANGLADE.

Cysticercose cérébrale et démence sénile, par Jose M. CID et F. J. FERRER. *Boletin del Instituto Psiquiatrico*, Rosario, avril-mai-juin 1931.

La cysticercose cérébrale, rare en France, englobe, d'après les auteurs, 40 0/0 des cas. Elle revêt les types suivants : la forme kystique à symptomatologie de tumeur, les formes méningée, psychique, latente et fruste. Dans l'observation rapportée on ne signale aucun symptôme de localisation et cependant les parasites sont trouvés un peu partout, lobes, sillons et scissures, ventricule latéral. Les symptômes sont ceux de la démence sénile simple et les lésions consistent en plaques, granulations, altérations cellulaires et neuro-fibrillaires avec minimum d'artériosclérose.

P. CARRETTE.

Le suicide dans l'armée, par le Dr Ph. SCOURAS. *Hygiène*, n° 7, juillet-août 1931, page 153.

Il est fréquent dans l'armée. Pourquoi ?

Parce que certains engagés volontaires sont des déséquilibrés, impulsifs, instables, inadaptables. Inadaptables aussi les débiles mentaux. Mais il y a, en outre, les psychopathes avérés et surtout les anxieux, les obsédés, enfin les alcooliques, les encéphalitiques.

L'auteur passe en revue la genèse psychologique de la réaction suicide dans ces diverses conditions qui parfois se trouvent réunies. Des considérations fort intéressantes qui accompagnent les observations, il semble résulter que l'influence de la vie militaire au point de vue de la détermination au suicide, s'exerce surtout sur les déséquilibrés instables et impulsifs.

Les psychopathes et les obsédés y trouvent un milieu favorable à leur propension constitutionnelle, rien de plus. Quant aux encéphalitiques et aux alcooliques, ils ne se suicident pas dans l'armée plus qu'ailleurs. On n'est pas surpris que les dégénérés incorporés dans l'armée simulent des tentatives de suicide, à propos de quelque délit notamment. Il s'agit alors de sursimulation, comme nous disons actuellement. Roger ANGLADE.

Mortalité dans l'arriération mentale. Analyse de 8.976 cas et de 878 morts dans le Massachusetts dans une période de 14 ans, par Neil A. DAYTON. *Proceedings of the Fifty-Fifth Annual Session of the American Association for the Study of the Feebleminded,* pages 127 à 212, New-York City, 25-28 mai 1931.

Près de 9.000 observations ont été recueillies pour la session de 1931 à l'effet de découvrir la fréquence de la mortalité chez les arriérés et les causes de la mort. Tous les cas proviennent des 3 écoles cliniques du Massachusetts inspectées du 1er janvier 1917 au 31 décembre 1930.

Nos catégories classiques sont conservées. Il y a 3 degrés : idiotie, imbé-

cillité, débilité mentale. La mortalité des idiots est 5 fois plus forte que celle de la population générale ; elle atteint son maximun à 3 ans. La proportion pour les imbéciles est 2,4 et celle des débiles se rapproche de la moyenne. De 10 ans en 10 ans, le nombre des survivants par rapport à 1.000 est également indiqué parallèlement à celui de la population générale, avec des écarts d'après les sexes, montrant une survivance dans chaque catégorie, supérieure chez la femme (sauf chez le mâle idiot pour les groupes au-dessous de 10 et 20 ans). Je ne veux pas multiplier les statistiques partielles. J'ai cité les premières pour indiquer le genre de travail auquel s'est livré l'auteur.

Les causes de la mort, au premier rang desquelles viennent les maladies infectieuses, sont l'objet d'exposés analogues avec courbes et tableaux. Les maladies intercurrentes sont étudiées (l'entérite avec diarrhée et l'épilepsie sont les plus fréquentes) avec les chances de résistance et de survie par rapport au degré d'arriération.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Psychologie et Psychiatrie, par Bernard HART. *Proceedings of the Royal Society of Medicine,* Section of Psychiatry, London, décembre 1931.

Nous ne connaissons pas de syndromes mentaux dont l'explication totale puisse être fournie par la psychologie. L'histoire de nos acquisitions psychiatriques nous montre que la notion la plus simple que l'on recueille sur un fait de pathologie mentale est sa description clinique. Un pas en avant permet de lui donner sa place dans la nosographie. La dernière étape à franchir est celle de l'étiologie. Pour ces diverses entreprises, nous avons recours à la neurologie, à la physiologie et à la chimie. Dans l'état actuel de nos connaissances, le rôle de la psychologie doit se limiter à la description d'un certain ordre de phénomènes, et il est impossible, dit l'auteur, de concilier ses méthodes avec celles des autres sciences auxquelles la psychiatrie fait ses emprunts.

P. CARRETTE.

La notion de la conscience au point de vue psychiatrique, par le professeur L. TAUSSIG. *Bratislavské Lekárske Listy,* septembre 1931.

Certains conçoivent la conscience comme l'ensemble des actions psychiques s'accomplissant en nous à un moment donné. L'auteur croit préférable de restreindre ainsi le sens du mot : la conscience est l'état dans lequel nous percevons et comprenons, de notre façon habituelle, tout ce qui se passe autour de nous et en nous-mêmes. Il distingue l'orientation allopsychique, somatopsychique et autopsychique. Biologiquement, elle correspond normalement à l'état de veille.

P. CARRETTE.

Quelques rapports psychophysiologiques entre le sommeil et les psychoses, par L. TAUSSIG. *Revue neurologique tchèque,* 1931, n° 5-7.

L'auteur étudie le problème du psychisme sous-cortical et défend comme vraisemblables les conclusions suivantes :

Le terrain hypnogène contient d'abord le système tubéro-infundibulo-

hypophysaire, ensuite le plancher du 3e ventricule et peut-être aussi sa paroi postérieure.

Le mécanisme hypnogène, malgré son nom, ne sert pas à provoquer le sommeil, mais maintient au contraire l'état de veille.

Il ne faut pas comprendre cet état comme le contraire du sommeil, car il est beaucoup plus, il est, comme J. Jarkowski l'a déjà dit, identique à notre conscience laquelle a son siège d'après l'auteur dans les parages ci-dessus cités du 3e ventricule.

C'est ici que se trouve l'origine de notre sommeil physiologique qui n'est par conséquent qu'une inhibition de la fonction du veille. D'ici viennent aussi divers troubles pathologiques de notre conscience.

La ressemblance connue depuis déjà longtemps du psychisme pendant le rêve et du psychisme pendant quelques psychoses ou divers états psychopathiques trouve maintenant un ferme substratum anatomo-physiologique. Celui-ci paraît être le centre de tout le psychisme sous-cortical. L. Haskovec a le premier montré la voie, il y a déjà plus de vingt ans, en plaçant le problème de la conscience, autrefois purement abstrait, sur la base solide de l'anatomo-physiologie.

A.

Comment se développe, chez l'enfant, la notion du corps propre, par Henri Wallon, *Journal de Psychologie*, 1931, nos 9-10, pp. 705-748.

La notion de corps propre joue un très grand rôle en psychopathologie, sous le nom de cénesthésie ; celle-ci est considérée couramment comme une notion dernière, englobant des variations organiques qui expliquent les variations de la conscience ; c'est par les modifications de la cénesthésie qu'on explique les délires d'influence ou les idées de transformation corporelle, par sa diminution ou son abolition, que l'on rend compte des mauvais traitements que se donnent l'idiot et le dément. Mais ces faits exigent des explications moins évidentes et plus subtiles qu'esquisse H. Wallon.

L'échec de la cénesthésie provient de ce qu'elle n'est en fait que la conscience du corps ; y recourir c'est expliquer la conscience par la conscience ; on ne l'a pas rendue plus féconde en mettant l'accent sur sa continuelle mobilité. Au total, les explications par la cénesthésie sont des explications par l'introspection, ignorantes d'un tableau complexe dans lequel l'introspection n'est qu'une donnée entre autres. D'où l'intérêt d'étudier chez l'enfant la formation de la notion du corps propre : ses étapes mettront en évidence la complexité d'une notion dont l'unité actuelle est souvent prise pour une simplicité essentielle et primitive.

Le début de l'existence est caractérisé par la dissociation entre les domaines intéroceptif, proprioceptif et extéroceptif. Les données intéroceptives sont les plus anciennes, les données extéroceptives les plus précoces. Leur intégration fonctionnelle ne se fera pas avant que s'achève une soudure nerveuse qui se poursuit du troisième au douzième mois.

Parmi les fonctions intéroceptives, celles qui sont en rapport avec le tube digestif et l'alimentation semblent avoir le plus de concomitants psychiques : la bouche est une sorte d'intermédiaire entre les besoins de l'organisme et le milieu extérieur ; les organes intéroceptifs jouent très tôt un rôle extéroceptif ; il y a dans la connaissance du monde, selon l'expression de Stern, une « période de l'espace buccal ».

La sensibilité proprioceptive a une part éminente dans la constitution de la notion de corps propre. A son édification progressive au cours des premières années, correspond une superposition de mécanismes dont les derniers venus, plus mobiles et plus diversifiés, ont le pouvoir de suspendre ceux, plus rigides, qui les ont précédés. A la naissance, les réflexes de Magnus et Kleijn ont déjà perdu leur autonomie. Wallon étudie la formation des principales synergies, synergies des globes oculaires, synergies généralisées auxquelles se ramènent l'équilibre du corps, synergies mises en jeu par les différents sens. Les réactions aux impressions proprioceptives vont se diversifiant. Vers neuf mois, les exercices du nourrisson bifurquent, les uns tournés vers la reconnaissance du corps propre, les autres vers les effets extérieurs de l'activité.

La sensibilité extéroceptive suscite d'abord des effets sans rapport avec le monde extérieur. Puis, vers le deuxième mois, la motilité de type affectif fait place, progressivement, à une activité de type plus sensori-moteur. Au troisième mois se font jour les associations inter-sensorielles. A partir du sixième, commencent les progrès de l'aptitude à anticiper sur la perception directe et ceux de l'activité instrumentale. Les objets diversifient et transforment l'action. C'est le stade chimpanzé de K. Bühler. Toutes ces conquêtes ne se font pas mécaniquement, mais grâce à un pouvoir d'intuition et d'imagination qui se retrouve à des degrés divers chez l'animal, chez l'enfant et chez l'homme.

Les réactions sensori-motrices de l'enfant vis-à-vis de son propre corps passent par des étapes qui coïncident avec celles du développement extéroceptif. De trois à six mois, surpris ou rendu attentif par le passage et les déplacements de ses membres dans son champ visuel, l'enfant est incapable de les prévoir et ne forme que des associations très partielles entre les impressions qui y répondent. De six à douze mois, il finit par faire produire à son corps, avec des gestes prévus, des impressions prévues. Pendant cette période, les organes sont d'abord mieux identifiés par l'enfant chez autrui que chez lui-même. Lorsqu'enfin ses propres organes deviennent l'occasion de ses réactions, il les traite d'abord comme étrangers. Reconnus, individualisés, ils ne sont pas intégrés d'emblée dans l'individualité physique.

L'étude du comportement de l'enfant devant le miroir fournit une intéressante contre-épreuve de cette psychogénèse.

Telles sont les conditions psycho-biologiques de la formation de la notion du corps propre, que surchargeront les conditions psycho-sociales. L'étude des premières montre la complexité latente des notions qui semblent les plus simples et les plus primitives, parmi celles qui constituent la conscience. Les éléments qui les composent sont à tout moment intégrés et réduits par des activités dont le fléchissement libérera les activités sous-jacentes, devenues d'ailleurs différentes de ce qu'elles étaient chez l'enfant par leur intégration puis leur opposition à la conscience de l'adulte.

En somme, M. Wallon se livre, au sujet de la cénesthésie, à une critique constructive comparable à la révision, déjà opérée, de la théorie sensualiste de la perception. Sa méthode et sa doctrine, fondées sur la neurologie la plus moderne, sur une clinique et une expérimentation rigoureuses, le situent à l'avant-garde de la psychologie et de la psychopathologie.

Daniel LAGACHE.

Les hommes au point de vue biologique, par Etienne RABAUD. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 9-10, pp. 673-704.

Parallèle serré entre l'homme et les singes supérieurs, aux points de vue du squelette, des appendices et de la préhensilité, de la station bipède et verticale, de l'encéphale, du langage articulé, de la vie sociale. Aucune donnée ne permet d'apporter une réponse solide au problème de l'origine de l'homme. L'auteur insiste sur les différences qui séparent les races humaines, peu en faveur d'une origine commune. Mais rien ne permet de choisir entre les diverses solutions possibles. Daniel LAGACHE.

La fonction biologique du toucher, par Maurice PRADINES. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 7-8, pp. 556-639.

L'être vivant est conçu par l'auteur, dont les idées sont à rapprocher du vitalisme bergsonien de l'Evolution Créatrice, comme créant par des efforts originaux, de nature psychique, les organes et en particulier les organes des sens qui assureront son adaptation au milieu. C'est d'une création de ce genre que procéderait la fonction de retardement, d'où seraient issus le toucher et même la sensorialité tout entière. Par fonction de retardement, il faut entendre cette aptitude remarquable qu'a l'être vivant de faire précéder la sensation de douleur d'une sensation purement informatrice et inaffective : « Un sens n'est à nos yeux qu'une affection capable d'arriver à mesurer dans son amenuisement les distances de sa cause en s'y représentant des mouvements orientés vers elle » (p. 629) ; en d'autres termes, et trop brièvement, plus le seuil de la pression est bas, plus le seuil de la douleur paraît s'élever, et inversement ; le retard des seuils est considérable là où la tactilité est très fine (pulpe des doigts), et, dans les autres parties, variable en raison de l'aptitude de ces parties à la fonction tactile ; c'est ainsi que le rapport du seuil de pression ou seuil de douleur, très petit pour la langue et la lèvre, est très élevé pour le pénis et la conjonctive. Ces faits ne peuvent s'expliquer, selon Maurice Pradines, par le mécanisme, et conduisent à une philosophie biologique vitaliste.

Ces vues, que d'aucuns trouveront peut-être hasardeuses, reposent sur une documentation très précise, empruntée essentiellement aux recherches mémorables de von Frey, toujours discutée avec soin et interprétée avec perspicacité. Daniel LAGACHE.

De la variabilité des phénomènes psychologiques et de la théorie de M. Etienne Rabaud, par KOLOSVARY. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 5-6, pp. 473-479.

A la tendance anthropomorphique, introduite par Fabre dans la psychologie animale, Kolosvary oppose les méthodes et la doctrine mécaniste de M. Rabaud. Chez les animaux inférieurs, la variabilité du comportement répond à des variations dans les conditions extérieures. Mais chez les animaux supérieurs, il existe une variabilité intra-individuelle : les réflexes du cortex peuvent manquer indépendamment de toute cause extérieure, et être influencés par les effets inhibiteurs du cortex lui-même ; les manifestations de spontanéité sont sporadiques.

De nombreux exemples illustrent ces vues théoriques.

Daniel LAGACHE.

De l'expérience à la notion de causalité et à la représentation symbole (à propos d'un livre récent). Etude critique, par H. WALLON. *Journal de Psychologie,* 1932, n° 1-2, pp. 112-145.

Etudiant le dernier livre de M. Lévy-Brühl, « Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive », Henri Wallon s'attache à montrer le retentissement de l'œuvre sociologique et des idées de Lévy-Brühl dans les sciences humaines. Leur résultat essentiel est d'amener à considérer historiquement et psychologiquement nos conceptions et notre activité intellectuelle. Si cependant on rend à l'histoire ce qui est issu de l'histoire, certaines attitudes sont fondamentales : par exemple « dans le surnaturel, il y a une condition qui est commune à tout effort de connaissance, et il y a un contenu particulier qui appartient à une certaine époque de l'évolution mentale » ; la condition commune est de doubler le monde phénoménal d'un monde occulte des causes.

Wallon fait maint rapprochement entre le primitif, le psychopathe et l'enfant. Il proteste énergiquement contre une assimilation complète de ces trois séries de faits. La constatation d'une certaine analogie a l'intérêt de montrer « en quoi notre pensée dépasse celle du primitif et pourquoi elle est inaccessible à l'enfant ». Chez les psychopathes, les éléments et les modes d'activité archaïques sont modifiés par leur intégration puis leur opposition à l'ensemble de l'activité mentale.

On trouvera encore, au début de cette étude, des pages de première importance sur la valeur de l'introspection et l'interprétation du témoignage verbal. Ces réflexions nous paraissent comporter d'intéressantes applications à la clinique.

Daniel LAGACHE.

Le rôle de la volonté dans la réflexion, par André CRESSON. *Journal de Psychologie,* 1932, n^os^ 5-6, pp. 369-400.

On ne doit pas sous-estimer le rôle de la volonté dans le travail mental. Mais la mise en train de l'acte cérébro-mental par la volonté n'est pas plus claire que le mécanisme par lequel elle met en train les jambes dans la course et les doigts dans l'acte de jouer du piano. Vouloir n'est que déclencher et exciter.

Si l'on doit reconnaître avec l'auteur l'impuissance de l'observation directe, c'est-à-dire, en cette matière, de l'introspection, le psychologue semble cependant pouvoir dépasser un stérile et verbal « tout comme si », pour autant qu'il rattache la volonté de réflexion à ses conditions psycho-biologiques et psycho-sociales, et qu'il ne sépare pas la réflexion de l'activité volontaire dont elle paraît émaner à la lumière d'une analyse logique et non d'une description concrète.

Daniel LAGACHE.

De l'intuition, par Edmond GOBLOT. *Journal de Psychologie,* 1932, n^os^ 5-6, pp. 337-368.

Revue critique des divers sens du mot intuition et des doctrines qui se rattachent à ces sens. M. Goblot conclut que le mot intuition doit être banni du vocabulaire philosophique.

D. L.

Sur des troubles visuels insolites et de nature différente observés successivement sur le même sujet, par M. NAGEOTTE. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 5-6, pp. 466-468.

Chez le même sujet, à un an de distance, sont survenus des accidents de deux ordres : « 1° troubles maculaires avec scotome lumineux, qui ont atteint l'œil gauche d'abord puis l'œil droit, et ont complètement disparu après une durée de quatre mois pour chaque œil ; 2° deux crises d'achromatopsie pour le bleu, de courte durée, limitées à l'œil gauche. » Ces troubles visuels se sont produits chez un homme âgé de 65 ans au moment des premiers accidents, bradycardique, porteur d'une lésion de la moelle entraînant des troubles de la marche et de la motilité du bras droit, avec réflexe plantaire en extension à droite ; le syndrome médullaire est apparu postérieurement à une chute survenue à 59 ans. Daniel LAGACHE.

Le relief des objets incolores, par J. NOGUÉ. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 7-8, pp. 640-646.

La vision binoculaire d'un objet en relief ne suffit pas à nous faire percevoir son relief ; une différence dans les intensités lumineuses est nécessaire, mais non suffisante ; un autre facteur est nécessaire, la « prégnance » (Ausgeprägtheit), qui est, si l'on peut dire, la couleur des objets incolores : de quelque façon que l'on fasse jouer la distance, un gris reste gris et un blanc reste blanc. L'aspect caractéristique de l'objet en relief est dû à une double série de variations, variations d'intensité, variations de prégnance. Il n'y a donc pas de perception du relief pur : « Les couleurs ne se posent pas sur des formes préexistantes, ce sont les formes qui sont modelées par la couleur. » Le blanc et le noir entrant dans la composition de presque toutes les couleurs réelles, on voit que la solution a une portée générale. Daniel LAGACHE.

L'histoire mentale d'Auguste Comte, par J. DELVOLVÉ. *Journal de Psychologie*, 1931, no 9-10, pp. 749-768,

Reprend en les discutant les conclusions du livre de G. Dumas, « Psychologie de deux menées positivistes ». Plus sévère que le médecin, M. Delvolvé décèle dans toute l'existence de Comte « une anomalie fondamentale consistant en une dissociation de la vie de relation affective et fonctionnelle et d'une vie passionnelle à armature purement idéale ».

D. L.

Nietzsche, sa vie et sa pensée, d'après Charles ANDLER. Etude critique, par Geneviève BIANQUIS. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 1-2, pp. 146-153.

Excellente analyse et excellente introduction à l'œuvre magistrale de Charles Andler.

D. L.

La Psychologie de Taine, par R. LENOIR. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 9-10. pp. 769-804.

Intéressante étude de la formation et des étapes de la pensée de Taine.

D. L.

Les notions d'héréditaire et d'acquis en psychologie, par K. KOFFKA (traduit de l'allemand par Mlle G. BIANQUIS). *Journal de Psychologie,* 1932, nos 1-2, pp. 5-19.

Définit, d'une façon un peu abstraite, la position d'un des maîtres de la psychologie de la forme du sujet de cet important problème.

D. L.

PSYCHANALYSE

Auto-observation concernant des lapsus graphiques au cours des années 1915-1929, (Versusch einer Analyse eigener Schreibfehler in den Jahren 1915-1929) par J. BILLSTRÖM. *Acta psychiatrica et neurologica,* vol. VI, fasc. 2, Copenhague.

L'auteur a groupé les lapsus selon le schéma de Méringer, en y ajoutant 3 groupes : les « attractions », selon Berg, les lapsus selon un mouvement phonétique des langues germaniques, environ 1.000 ans avant notre ère, les lapsus psychogéniques selon Freud. Ces derniers, c'est-à-dire les lapsus psychogéniques, ne jouent pas un rôle digne d'être mentionné (le « parallélisme » mis à part). Il faut insister aussi sur la fréquence des postpositions après l'âge de 45 ans, et qui a été observée également dans la convalescence d'une maladie grave et après un accès émotionnel.

E. BAUER.

NEUROLOGIE

La Chronaxie. Définition et notions générales, par G. BOURGUIGNON. *Le Journal Médical Français,* septembre 1931.

Le mot « chronaxie » a été introduit par Lapicque en 1909 dans le langage scientifique pour désigner le temps de passage du courant électrique nécessaire pour obtenir l'excitation du nerf ou du muscle. Pour connaître le seuil de cette excitation, Lapicque a utilisé le courant continu et les condensateurs, et ses recherches en collaboration avec Weiss lui ont permis de dégager les conditions générales de l'excitabilité, de classer ainsi, par rapport à cette notion, les muscles des animaux et de démontrer l'isochronisme du nerf moteur et du muscle innervé.

Bourguignon trace un historique de la question à partir de l'époque où le temps était considéré comme ne jouant aucun rôle dans l'excitation et rappelle la loi de Du Bois-Reymond, celles de Hoorweg et de Weiss qui ont modifié l'ancienne notion et préparé l'idée de chronaxie. P. CARRETTE.

La Chronaxie chez l'homme. Technique, par G. BOURGUIGNON. *Le Journal Médical Français,* septembre 1931.

L'application de la chronaxie à la physiologie humaine exige la connaissance des points moteurs ; on la complète par l'excitation longitudinale. Bourguignon décrit la méthode bipolaire et la méthode monopolaire et conclut à l'identité des phénomènes obtenus. L'emploi d'un procédé ou de l'autre reste une question de commodité pratique. Les phénomènes de pola-

risation et peut-être aussi les réactions colloïdales empêchent la mesure de la chronaxie dans les conditions habituelles de l'électro-diagnostic ; aussi est-il indispensable de mettre en circuit, outre le sujet et les électrodes, une résistance suffisante. P. CARRETTE.

La Chronaxie et les fonctions musculaires. Physiologie normale, par G. BOURGUIGNON et R. HUMBERT. *Le Journal Médical Français,* septembre 1931.

La technique de Bourguignon, destinée à adapter à la physiologie humaine les notions acquises par Lapicque sur la chronaxie, lui a permis de formuler une première loi : « Tous les muscles synergiques d'un même mouvement forment un groupe homogène caractérisé par la même chronaxie. » Les expériences ont été pratiquées d'abord sur le biceps excité au point moteur, puis sur les muscles du groupe Duchenne-Erb ; enfin sur le groupe radial de l'avant-bras. De régions en régions, la classification fonctionnelle par la chronaxie fut démontrée. P. CARRETTE.

Les Chronaxies sensitives et les lois des réflexes, par G. BOURGUIGNON et A. RADOVICI. *Le Journal Médical Français,* septembre 1931.

Les premiers essais sur les sensations fournies par le passage du courant continu échouèrent. C'est seulement avec des excitations brèves isolées que les auteurs purent établir que « la chronaxie des nerfs sensitifs qui innervent la peau est la même que celle des muscles sous-jacents ». On retrouve donc ici la disposition régionale et les chronaxies n'ont pas de rapport avec les distributions radiculaires ou nerveuses. Les excitations produisent trois sortes de sensations : choc, fourmillement douloureux, chaleur, puis brûlure, ayant chacune une chronaxie spéciale. C'est la première qui correspond à celle des muscles sous-jacents, la seconde est cinq fois plus forte, la dernière dix fois. Bourguignon a essayé de trouver les fibres conductrices de ces différentes sensibilités. L'impossibilité de reproduire les seules sensations thermiques a conduit les auteurs à supposer que leur voie empruntait le système sympathique.

Les lois des chronaxies motrices et sensitives vérifient les notions établies en neurologie sur la réflectivité normale. Le rapport de 1/2 à 1/3 entre les chronaxies de deux régions voisines acquis par l'expérimentation devient une condition nécessaire de la loi de généralisation de Pflüger.

P. CARRETTE.

La Chronaxie du faisceau pyramidal à l'état normal et dans l'hémiplégie, par G. BOURGUIGNON. *Le Journal Médical Français,* septembre 1931.

L'excitation de la zone motrice a été réalisée par Bourguignon pendant la guerre chez les trépanés. L'isochronisme entre la voie centrale et le système périphérique n'existe que pour le côté sain. Il y a hétérochronisme du côté paralysé. Ultérieurement, l'auteur démontre que l'hémisphère lésé a un indice 4 ou 5 fois plus grand que le côté sain. Dans certains cas rares, ces découvertes ont leur importance pratique : ainsi dans une hémiplégie gauche avec aphasie, Bourguignon et Eliopoulos montrent, par l'étude de la chronaxie pyramidale, qu'il ne s'agit pas d'une lésion cérébrale droite, mais d'une absence de croisement des faisceaux pyramidaux. P. CARRETTE.

Les Chronaxies sensorielles. Le système optique et le nerf vestibulaire, par G. BOURGUIGNON et H. BARUK. *Le Journal Médical Français*, septembre 1931.

Les chronaxies sensorielles ne présentent aucun rapport avec les chronaxies motrices. Le système optique a deux chronaxies, l'une par production d'un phosphène central dont la chronaxie est celle des éléments nerveux des cônes ; l'autre, celle des phosphènes périphériques, correspondant aux éléments des bâtonnets. En pathologie, les variations chronaxiques permettent de diagnostiquer, avec l'aide de l'examen ophtalmologique, les lésions des neurones bipolaires et multipolaires.

Il y a dans l'étude de la chronaxie vestibulaire beaucoup de points obscurs. Cependant l'expérience montre la correspondance d'une chronaxie vestibulaire plus faible et d'un développement anormal de l'émotivité. Les variations, parfois énormes, notées dans les états de stupeur et le sommeil cataleptique, méritent de retenir l'attention ; elles prendront un jour une importance considérable en psychiatrie. P. CARRETTE.

Les Chronaxies motrices et sensitives en pathologie. Les syndromes chronaxiques, par G. BOURGUIGNON et D. BENNATI. *Le Journal Médical Français*, septembre 1931.

En dehors des faits acquis par l'électro-diagnostic classique, l'étude de la chronaxie a réuni toute une catégorie de phénomènes que Bourguignon a groupés sous le nom de « répercussions ». C'est le neurone moteur périphérique qui subit le plus fortement ces répercussions quand les fonctions du muscle sont altérées. Les réactions nerveuses chronaxiques en rapport avec les troubles musculaires ont pu être classées en un certain nombre de syndromes fonctionnels périphériques, réflexes et centraux. Les chronaxies sont différentes dans les myopathies et dans la dégénérescence wallérienne, dans le syndrome pyramidal pur, dans l'extra-pyramidal, dans le cérébelleux et le médullaire. Des manifestations comme le signe de Babinski, l'adiadococinésie, les troubles de l'équilibre trouvent ici leur explication physiologique. P. CARRETTE.

La névralgie du phrénique, par A. MARCUS (de Stockholm). (*Revue Neurologique*), tome II, n° 1, juillet 1931).

Après avoir rappelé la difficulté qu'il y a à poser avec certitude le diagnostic de névralgie du phrénique, eu égard notamment à l'absence d'une conception précise des névralgies, l'auteur relate 6 observations, personnelles ou rapportées comme comparaison, dont trois ont été prises par des médecins sur eux-mêmes (Falot, Oscar Medin et l'auteur).

De ces observations, il ressort, pour M..., qu'il n'est plus possible de douter de l'existence de la névralgie du phrénique (netteté des symptômes pathognomoniques).

Dans la première observation, la cause de la névralgie paraît être une affection du nerf phrénique lui-même, ou des ganglions spinaux en rapport avec lui, supposition qui est appuyée par l'apparition d'un herpès zooster dans le territoire de ces ganglions.

Dans la troisième observation, l'irritation du phrénique provenait, par voie réflexe, du territoire péritonéal.

L'origine traumatique trouve un appui dans la quatrième et la cinquième observations.

Enfin, la sixième observation a trait à une névralgie du phrénique accompagnée de divers symptômes indiquant, selon toute vraisemblance, une affection cérébrale intéressant les noyaux gris de la base du côté droit, opposé à la névralgie, supposition d'ailleurs confirmée par la ventriculographie. Il semble que, dans ce cas, les troubles névralgiques, ainsi que les troubles objectifs de la sensibilité, ont été causés par des lésions de la couche optique, en tant que station de distribution des voies sensitives, ou bien qu'ils l'ont été par voie réflexe, à ce niveau, comme point de départ et d'arrivée des actions nerveuses se rendant au nerf phrénique ou en provenant. L'auteur insiste sur la relation entre les lésions des noyaux gris de la base et les névralgies même graves du phrénique et rappelle la fréquence de ce symptôme spécial du phrénique : le hoquet, au cours de l'épidémie d'encéphalite léthargique.

Quant à la cause fondamentale la plus intime de l'affection, beaucoup de raisons plaident, pour M..., en faveur d'une névrite, une irritation du nerf par une infection, une intoxication ou un traumatisme. Il serait donc peut-être plus légitime d'appeler l'affection une névrite qu'une névralgie ; mais souvent les conditions présentes sont telles que le processus névritique s'est éteint et que ce qui reste est une névralgie.

J. TUSQUES.

Sur la nature de la sciatique, par F. C. PURSER. *The Irich Journal of Medical Science*, novembre 1931.

Objet de descriptions cliniques abondantes et complètes, la sciatique est un syndrome dont l'étiologie est encore très discutée. L'auteur considère 2 états pathologiques différents : d'une part, la névralgie, appellation impropre d'une myosite de la jambe, syndrome exclusivement douloureux, et d'autre part, un état paralytique avec atrophie et troubles de la sensibilité qui intéresse à coup sûr les terminaisons du sciatique. Aucune preuve définitive n'a été apportée d'une névrite du tronc du nerf et la localisation primaire est toujours matière à controverses.

P. CARRETTE.

Tumeur pituitaire cause de névralgie faciale, par Eugène F. BOGEN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, décembre 1931.

La preuve radiographique confirme le diagnostic clinique fondé sur le développement de l'acromégalie. Les compressions de voisinage donnent, dans certains cas, un syndrome secondaire de troubles fonctionnels des nerfs craniens. Les plus fréquemment touchés sont le facial dans son trajet intracranien et le trijumeau, surtout intéressé dans l'observation présente, atteint au niveau de ses racines ou du ganglion de Gasser.

P. CARRETTE.

Réflexions sur quelques faits concernant les paralysies des nerfs moteurs cranio-rachidiens post-rachianesthésiques, par C. ANGELESCO et S. TZOVARU. *La Presse Médicale*, 16 décembre 1931.

On peut évidemment rencontrer les syndromes paralytiques les plus variés et beaucoup d'entre eux ont fait l'objet de communications : paraplégie,

paralysie du sciatique poplité externe, du radial, du cubital, du pathétique, du facial périphérique, etc...

L'étiologie traumatique n'expliquerait qu'un petit nombre de faits. Angelesco et Tzovaru considèrent ces accidents comme l'expression clinique d'une infection réactivée à l'occasion de la ponction lombaire qui rompt temporairement la barrière méningée. Ainsi se localisent sur les nerfs, les racines ou les noyaux des états grippaux, tuberculeux, syphilitiques. Leur apparition tardive (15 jours parfois après l'intervention) met hors de cause la toxicité de l'anesthésique employé. P. CARRETTE.

Polynévrite post-diphtérique à forme céphaloplégique. Cas cliniques, par J. M. MACERA et Ar. L. DOMENECH. *La Semana Médica*, 29 octobre 1931.

Il s'agit de deux enfants atteints de paralysies diphtériques curieuses par leur localisation. A part les troubles de la forme commune, on note une paralysie du facial, des muscles extrinsèques de l'œil, de ceux du cou avec chute de la tête en avant. Ces accidents ont cédé complètement dans le second cas au traitement par les injections de strychnine. Dans le premier cas, après une amélioration obtenue dans des conditions semblables, une bronchopneumonie a emporté le malade, mis en état de moindre résistance par une atteinte des muscles respiratoires. P. CARRETTE.

Paralysie atypique associée des nerfs IX, XII et des rameaux pharyngiens du nerf X après fracture de la base de la cavité cranienne postérieure, par WISKOVSKY. *Bratislavské Lekarske Listy*, décembre 1931.

Les nerfs du trou déchiré postérieur étaient atteints, mais contrairement à ce qui se passe le plus couramment, les cordes vocales avaient conservé leur motilité. Les lésions étaient consécutives à un hématome suppuré de la région sous-occipitale. P. CARRETTE.

La maladie de Raynaud, type de névrose vaso-motrice, par S. Levy SIMPSON, George E. BROWN et Alfred W. ADSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*, octobre 1931.

La démonstration des auteurs est fournie par les résultats thérapeutiques. Dans les cas simples, typiques, l'interruption de l'innervation sympathique par anesthésie ou section péri-artérielle apporte une guérison radicale. Les échecs de cette thérapeutique concernent des formes anciennes et compliquées de la maladie. Il est évident qu'à la longue, les troubles fonctionnels de la circulation entraînent des anomalies du système artériel des extrémités. Ces anomalies sont le résultat, et non la cause, de l'acroasphyxie.

P. CARRETTE.

Un cas de causalgie, par J.-A CHAVANY. *La Presse Médicale*, 14 novembre 1931.

L'origine du syndrome douloureux a été une blessure du nerf médian à l'occasion d'une tentative malheureuse d'injection intraveineuse de chlorure de calcium.

Les caractères de la douleur, les phénomènes synesthésalgiques, l'éveil d'un état émotif pénible sont décrits avec précision. L'auteur rappelle les résultats parfois brillants obtenus par la sympathectomie périartérielle de

Leriche dans la causalgie, mais il a préféré traiter son malade par les rayons X, méthode plus fidèle à condition de savoir doser les applications. Il a administré 2 H filtrés sur 5 mm. Al tous les deux jours, et après cinq séances toute douleur avait disparu.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

De l'origine du rythme nycthémeral, par E. BURCKHARD et Ch. KAYSER. (*Compte rendu des séances de la Société de Biologie de Strasbourg.*) Tome CIX p. 1281.

Par l'emploi de l'éclairage artificiel, les auteurs ont inversé le rythme normal des variations de la production calorique pendant le jour et pendant la nuit chez des pigeons. En aveuglant les mêmes animaux, ils ont supprimé chez eux ces variations. C'est donc que les centres sensoriels optiques de l'écorce appelés par Pawlow les analyseurs visuels, sont à l'origine du rythme nycthemeral.

Ces expériences, comme toutes celles qui visent à établir le déterminisme des phénomènes physiologiques intermittents, sont intéressantes pour tout psychiatre qui ne désespère pas de la découverte des conditions biologiques de la psychose maniaque dépressive. Paul COURBON.

La sympathine, par A. ROSENBLUETH. *La Medicina Argentina*, décembre 1931.

L'hormone étudiée récemment par Newton, Zwemer et Cannon serait produite par excitation de l'orthosympathique abdominal inférieur chez l'animal. Ce ne serait pas une production glandulaire ; elle apparaîtrait au niveau des fibres lisses comme agent modificateur de leur contractilité. Du point de vue physiologique, elle jouirait de propriétés voisines de celles de l'adrénaline. P. CARRETTE.

Le Lactobacille acidophile dans les maladies mentales, par Nicholas KOPELOFF, N. BLACKMAN et B. Mc GINN. *The Psychiatric Quartely*, octobre 1931.

Des travaux récents tendent à démontrer que la flore microbienne intestinale normale sécrèterait des produits acides. L'insuffisance de cette fonction favoriserait la constipation et secondairement l'accumulation dans l'organisme de produits toxiques qui joueraient un rôle capital dans la genèse de nombreux troubles mentaux. Cette opinion n'est pas partagée par les auteurs du présent mémoire, dont les recherches, sur 187 patients, ont permis d'établir qu'il n'y a pas de corrélation nette entre l'insuffisance du lactobacille, la constipation et les états psychopathiques. P. CARRETTE.

La circulation cérébrale. Le quotient respiratoire du cerveau et des extrémités. Effet du travail mental, par William LENNOX. *Archives of Neurology and Psychiatry*, octobre 1931.

Le quotient respiratoire des sujets observés est calculé par comparaison de l'oxygène et du gaz carbonique contenus dans le sang tiré, d'une part d'une artère, d'autre part de la jugulaire interne, de la cubitale et de la fémorale. L'auteur a constaté que, dans la majorité des cas : 1) les tissus

de provenance ectodermique ont un quotient plus élevé que celui des muscles ; 2) le dextrose est détruit en plus grande quantité par le passage du sang dans le cerveau que par le passage aux extrémités.

Par ailleurs, le sang de la jugulaire interne est chargé de plus d'oxygène et de moins de gaz carbonique si on le prélève à l'issue d'un travail mental imposé, tel que la lecture ou l'essai de résolution d'un problème d'arithmétique.

De nombreux facteurs peuvent évidemment modifier ces résultats. C'est ainsi qu'il faut tenir compte du travail visuel, du degré d'entraînement qui change la qualité de l'effort. En multipliant les expériences, la question des conditions physiologiques idéales du travail intellectuel recevra peut-être des éclaircissements nouveaux. P. CARRETTE.

Encéphalite avec éosinophilie anormalement élevée, par Milton G. BOHROD, Arthur F. GOODYEAR et O. O. STANLEY. *Archives of Neurology and Psychiatry*, décembre 1931.

Le début par des phénomènes gastro-intestinaux ; la notion d'une contamination alimentaire possible ; l'apparition d'agitation et de confusion mentale font penser à la trichinose, diagnostic qui s'impose plus souvent aux Etats-Unis que dans notre clientèle. Les biopsies musculaires sont négatives. L'évolution a été relativement favorable : guérison des symptômes aigus, installation d'un léger syndrome parkinsonien. L'éosinophilie sanguine, assez rapidement décroissante, avait atteint 50 0/0 au début. Les auteurs expliquent ce fait comme une réaction de l'organisme contre les altérations du système musculaire. Ils supposent, en outre, qu'il existe un centre régulateur de l'hématopoïèse dans la région cérébrale des ganglions de la base et de l'hypothalamus. P. CARRETTE.

Le chlorure de sodium et l'équilibre hydrique dans l'épilepsie, par Frédérick PROESCHER et W. S. THOMAS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, novembre 1931.

L'élimination du chlorure de sodium se fait par l'urine, la sueur et les fèces. Les recherches doivent être poursuivies en tenant un compte exact de l'ingestion de sel alimentaire. Les auteurs ont constaté une rétention chlorurée habituelle, sans rétention d'eau correspondante. Il ne s'agirait pas de troubles d'élimination du rein, mais plutôt de perturbations endocriniennes encore mal définies. Si ces constatations sont souvent d'un secours insuffisant pour instituer une thérapeutique, en revanche elles fournissent un élément important du diagnostic positif des manifestations mentales isolées de l'épilepsie. P. CARRETTE.

Recherches sur la pression rachidienne et sur le liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies et les thromboses du cerveau, par Kund H. KRABBE et Einar GEERT-JÖRGENSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. 6 ; fasc. 4 : Copenhague 1931.

Le diagnostic différentiel des hémorragies et des thromboses est très délicat. Dans les premières, on trouverait une augmentation de la bilirubine sanguine, une pression plus haute du liquide céphalo-rachidien, un hémorachis, la xanthochromie ou l'élévation du taux de l'albumine.

P. CARRETTE.

Résultats négatifs de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les affections syphilitiques du système nerveux (Negative Befunde im Liquor bei syphilidogenen Nervenerkrankungen), par H. Arostein. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, n° 52, 1931.

Sur 170 cas de tabès, l'auteur a trouvé 34 liquides complètement négatifs, dans 23 cas sur 214 de syphilis cérébrospinale, le liquide était également négatif. Sur ces 57 cas avec liquide négatif, 39 sont des femmes, 18 seulement des hommes. Il faut en chercher l'explication dans l'évolution, généralement plus bénigne, chez la femme, des affections syphilitiques du système nerveux. Lorsque les réactions du liquide céphalo-rachidien sont négatives, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est le plus souvent négative elle aussi, et il s'agit habituellement de formes évolutives moins graves.

E. Bauer.

La malaria chez les oiseaux et la toxine tétanique, par H. A. Kemp, H. R. Gold et C. B. Shuey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, décembre 1931.

La vogue de la malariathérapie incite à des essais chaque jour plus hardis. Ces tentatives ne sont pas toujours sans dangers. Il faut les pratiquer avec circonspection et recourir à l'expérimentation toutes les fois qu'elle est possible. Les auteurs ont inoculé la malaria à des canaris ayant reçu la toxine tétanique par la voie péritonéale. La résistance de ces oiseaux s'est trouvée augmentée. La perméabilité des plexus choroïdes en a été définitivement réduite et la protection méningée renforcée. Ces résultats laissent prévoir l'utilisation prochaine de la malariathérapie contre le tétanos.

P. Carrette.

L'azotémie dans le tétanos, par Paul Vaccarezza, José Peroncini et Américo J. Vaccarezza. *La Semana Médica*, 26 novembre 1931.

L'intoxication azotémique serait fréquente chez les tétaniques (20 cas sur 24). Elle atteint parfois des chiffres élevés. Elle fournit une donnée importante du mécanisme des troubles spasmodiques et paralytiques. Sa production s'explique par la rétention fonctionnelle des reins et un excès de production toxique due à une protéolyse augmentée. Il y a un intérêt capital à prévenir l'urémie et à la combattre pour permettre à la sérothérapie de produire le maximum d'effet.

P. Carrette.

ENDOCRINOLOGIE

Sécrétion interne et maladies mentales, par St. Krakora. *Revue neurologique tchèque*, 1931, n° 5-7.

L'auteur analyse toutes les opinions actuelles concernant les relations des glandes endocrines avec les troubles mentaux et nerveux. Il constate la pauvreté de connaissances positives incontestables, mais il exprime la conviction qu'on arrivera à des résultats positifs en approfondissant nos connaissances sur les relations actuelles des glandes endocrines en même temps que nos connaissances sur la fonction du sympathique et ses rela-

tions avec les glandes endocrines. En profitant des méthodes d'exploration biologique et chimique, on arrivera à des connaissances positives sur cette relation qui se montre plus complexe qu'on ne le pensait.

A.

Interprétation des résultats interférométriques dans les troubles endocriniens, par DURUPT et J. LAGARDE. *La Presse Médicale,* 9 mars 1932.

La concentration du sérum est modifiée quand on le met en contact avec des substances organiques, telles que les opzymes préparés avec l'hypophyse, la thyroïde, le thymus, les glandes génitales ou la surrénale. Ces modifications sont appréciables par l'étude de l'image interférométrique et des expériences répétées ont permis d'établir des chiffres constants pour les différentes glandes. Ces documents sont d'un précieux secours pour le diagnostic des troubles endocriniens. Pour éviter toute erreur d'interprétation les auteurs étudient les répercussions de la suppression d'une glande, l'influence du travail physique, de la digestion et de l'organothérapie, les différences normales dans l'un et l'autre sexe. Cette méthode a permis de déceler les déficiences glandulaires du rhumatisme chronique, de l'adiposité, de la maladie de Basedow, des états hypophysaires et addisoniens et d'apprécier la valeur thérapeutique de l'administration des extraits endocriniens correspondants.

P. CARRETTE.

Les glandes endocrines dans l'épilepsie, par Fabio PENNACHI (*Annali dell' Ospédale psichiatrico di Perugia*), mars 1932.

L'auteur s'inspirant d'une méthode déjà employée par R. Leone, étudie les divers fonctionnements endocriniens par un procédé très personnel qui consiste à étudier l'intensité de l'intradermoréaction consécutive à l'injection intradermique au sujet d'extraits hormoniques de chaque glande.

M. Pennachi prépare lui-même ces extraits hormoniques par une technique chimique assez simple, qu'il décrit longuement dans son travail et en partant des glandes fraîches de veaux ou de moutons jeunes, traitées immédiatement après le sacrifice de l'animal.

La réaction intradermique apparaît de 12 à 24 heures après l'injection.

La réaction peut être excessivement marquée (+++), elle peut être forte (++), normale (+), petit nodule ou légère infiltration avec faible halo d'érythème, hyponormale (+ —), négative (—).

Par cette méthode, l'auteur a étudié le fonctionnement des glandes : thyroïde-parathyroïde, hypophyse, testicule, ovaire, surrénale et thymus de 120 épileptiques (80 hommes et 20 femmes).

Il a noté en général des réactions supérieures à la moyenne avec des extraits thyroïdiens, hypophysaires et ovariens, des réactions inférieures à la moyenne avec des extraits de parathyroïdes, de testicules et de surrénales.

Il accorde une importance particulière aux réactions provoquées par les extraits de thymus. Cette glande montre les signes d'un fonctionnement persistant sans aucun rapport avec l'âge du sujet. M. Pennachi pense que des altérations thymiques, surtout qualitatives, associées secondairement à d'autres dysharmonies endocriniennes joueraient un rôle important dans l'étiologie de l'épilepsie.

Paul ABÉLY.

Influence du Cerveau sur le Thymus, par O. Ciabatti (de Bologne). *Rivista Sperimentale di Frenatria* (juin 1932)

L'auteur cite les divers travaux se rapportant déjà à cette question, puis il expose ses recherches expérimentales faites sur des poulets.

Ayant provoqué des lésions cérébrales chez l'animal, il constata au niveau du thymus de graves phénomènes de destruction, commençant dès le huitième jour, s'aggravant progressivement pendant les 30 jours suivants et pouvant s'accentuer jusqu'à la disparition complète de la glande.

Histologiquement, on constate dès les premiers jours de la réaction une transformation profonde des régions corticales et médullaires de la glande avec grosse réduction numérique de leurs éléments, avec dégénérescence des cellules épithéliales et des corpuscules de Hassal.

De ces expériences, il apparaît que le thymus des animaux, aussi bien jeunes qu'adultes, réagit fortement et dans le sens destructif aux lésions expérimentales du cerveau. Paul Abély.

L'effet de l'administration de thyroïde sur la cholestérinémie, par A. Glen Duncan. *The Journal of Mental Science*, avril 1931.

La thyroïde détermine une baisse rapide de la cholestérine du sang ; le taux revient peu à peu à sa valeur antérieure quand on cesse de faire ingérer la glande. Ce phénomène est indépendant de la cholestérinémie initiale. Il peut être utilisé en pathologie mentale pour modifier la teneur du sang dans le sens de la normale et par contre-coup l'allure de certains états dysthymiques, mais le résultat est transitoire et l'essai n'a, de ce fait, qu'un intérêt thérapeutique médiocre. P. Carrette.

Hyperthyroïdisme et tuberculose, par G. Marañón. *Revitas Medica de Barcelona*, novembre 1931.

Cet intéressant problème d'endocrinologie fait depuis quelques années l'objet des patientes recherches de Marañón. L'observation clinique montre chez certains sujets l'évolution de troubles d'hyperthyroïdie avec de la fièvre, et la guérison de manifestations bacillaires après intervention chirurgicale portant sur le corps thyroïde. L'hyperthermie n'est pas toujours liée à la tuberculose, mais elle l'est cependant dans les 3/4 au moins des cas observés. Il s'agit de sujets jeunes et dans les 9/10 des observations, de femmes. L'hypermétabolisme, la labilité thermique influent défavorablement sur le processus tuberculeux. Comment ces deux ordres de manifestations pathologiques s'intriquent-ils dans la pratique ? Ils se relient par l'intermédiaire du sympathique. Il y a dans l'hyperthyroïdie un facteur prédisposant qui est la constitution asthénique et un facteur déterminant toxi-infectieux. Le tropisme de la toxine tuberculeuse pour le système nerveux neuro-végétatif est un fait et l'on sait que les troubles du sympathique sont à la base de maints syndromes de Basedow.

Ces considérations ont une importance capitale pour la conduite du traitement. En dehors des cas où il est avéré que le processus thyroïdien a déclanché des phénomènes tuberculeux, c'est à la tuberculose qu'il faut s'attaquer d'abord. Sinon on s'engage dans une entreprise impossible, l'évolution toxi-infectieuse neutralisant la cure glandulaire. Le repos, la climatothérapie doivent être prescrits. Les défenses de l'organisme seront très

heureusement renforcées par des injections d'insuline et une diététique appropriée. P. CARRETTE.

Résultats comparés de l'interférométrie et du métabolisme de base dans les états hyperthyroïdiens, par LAIGNEL-LAVASTINE et Y. BOQUIEN. *La Presse Médicale,* 14 mai 1932.

Le dépistage des dysendocrinies par l'interférométrie apporte un moyen de contrôle nouveau. On sait que pour la maladie de Basedow, l'activité fermentaire du sérum vis-à-vis des albumines thyroïdiennes n'obéit pas aux mêmes règles que les autres dysendocrinies. Laignel-Lavastine et Boquien voient dans cette exception la preuve de la complexité pathogénique du goitre à propos duquel il faudrait dissocier plusieurs fonctions diversement et inégalement troublées. P. CARRETTE.

Hétérotypies de la glande thyroïde, par W. Téjerina FOTHERINGHAM. *La Semana Médica,* 10 mars 1932.

Après un bref rappel des notions d'embryologie, l'auteur étudie les altérations tumorales de la glande. Les tissus anormaux rencontrés à l'examen histologique proviennent de formations dérivées soit du tissu embryonnaire, soit des tissus qui constituent normalement l'organe affecté.

Le type habituel de la tumeur bénigne est le goitre. Les formes osseuses, cartilagineuses, fibreuses, souvent décrites ne méritent pas de constituer des classes individualisées. Elles représentent des tumeurs habituelles avec des inclusions conjonctives en perpétuelle évolution. Il n'en est pas moins vrai que ces formations un peu atypiques demandent à être opérées précocement. Bien encapsulées, isolées de la glande et des tissus voisins, il n'est pas rare qu'elles subissent la dégénérescence sarcomateuse.

P. CARRETTE.

Cataracte double après thyroïdectomie d'une basedowienne, par Jean SEDAN. *Provence-Médicale,* 15 mars 1932.

Cette observation qui vient après celle de Branbergen et le travail de Jean Nordman évoque un problème intéressant d'endocrinologie. Sedan s'abstient de considérations pathogéniques. Il s'agit d'une maladie de Basedow ayant évolué lentement pendant 3 ans et brusquement aggravée par un début de grossesse. La thyroïdectomie subtotale fut suivie d'accidents asphyxiques nécessitant la trachéotomie, puis d'une grosse hyperthermie, d'agitation, de délire et de tétanie. La cataracte débuta 3 mois après, mûrit rapidement et fut opérée sans incidents. P. CARRETTE.

Opération sur la région des parathyroïdes et rhumatisme déformant, par René SIMON et Joseph WEILL. *La Presse Médicale,* 16 mars 1932.

La conception d'Opel et de Leriche basait le traitement sur une corrélation entre les troubles parathyroïdiens et l'hypercalcémie. Les auteurs, intrigués par les données contradictoires de certaines observations, ont opéré des sujets atteints de rhumatisme déformant en incisant et en disséquant la région thyroïdienne, malgré l'hypocalcémie et ont obtenu des résultats aussi satisfaisants que ceux d'Opel et de Leriche sans pratiquer l'ablation des parathyroïdes. P. CARRETTE.

Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive avec graves troubles mentaux, par Eduardo COELHO. *Le Progrès Médical*, 19 mars 1932.

Il s'agit d'une femme de 41 ans atteinte de goitre chez laquelle on pratique la thyroïdectomie subtotale et qui se présente de nouveau au médecin 3 mois après avec de la tétanie, des tuméfactions douloureuses ostéoarticulaires et un syndrome mental d'allure confusionnelle. La guérison, obtenue par l'administration de lactate de calcium associée à l'opothérapie parathyroïdienne (200 unités de Parathormone Collip), se maintient depuis 6 mois.

Il est intéressant de noter que souvent ces cas de tétanie cèdent quand on rétablit le taux normal de la calcémie et sans qu'on ait recours à l'opothérapie thyroïdienne. P. CARRETTE.

L'appréciation expérimentale de l'activité des extraits testiculaires, par L. CUNY et D. QUIVY. *Revue pratique de Biologie Appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique*, Février 1932.

L'utilisation thérapeutique des extraits endocriniens nécessite deux opérations successives : la découverte d'une hormone et son adaptation à l'organisme d'après une posologie à déterminer. Alors que pour certaines glandes, comme la thyroïde ou l'hypophyse, les caractéristiques physiologiques sont aujourd'hui à peu près connues, les préparations orchitiques n'ont pas encore de dosages rigoureux qui permettent leur emploi rationnel.

Les auteurs rappellent les tentatives récentes de physiologie comparée destinées à combler cette lacune : fixation de la dose minima d'hormone nécessaire soit à la production du réflexe d'étreinte chez la grenouille castrée, soit pour enrayer la régression de la crête du coq après castration. D'autres recherches ont porté sur la limite de vitalité des spermatozoïdes restant chez la souris après amputation partielle. Dans ce domaine on n'est pas encore arrivé au « stade de l'alcaloïde », mais il n'est pas douteux que les recherches signalées dans cette revue montrent la voie de sa découverte. P. CARRETTE.

Considérations sur l'état actuel de la question des hormones sexuelles des testicules, par M. SCHACHTER. *Le Progrès Médical*, 14 mai 1932.

Les recherches récentes paraissent démontrer que l'hormone testiculaire associe son action à celle de l'hypophyse dans les phénomènes de croissance, qu'elle augmente la sécrétion urinaire et uréique et influence favorablement le métabolisme des hydrates de carbone, fait que l'on peut observer par le traitement de l'asthénie génitale des diabétiques.

P. CARRETTE.

Modifications des hormones dans les troubles prémenstruels, par Robert T. FRANCK. *Archives of Neurology and Psychiatry*, novembre 1931.

Les modifications humorales observées et expérimentées chez l'animal aux diverses périodes de l'activité ovarienne ont pu être constatées chez la femme par l'examen du sang et des urines. Cliniquement le choc se traduit par des crises épileptiformes, de l'asthme, des troubles du caractère, des modifications circulatoires provoquant de l'œdème. L'insuffisance des hor-

mones et l'aménorrhée peuvent être heureusement influencées par les rayons Rœntgen, par les extraits ovariens. L'étude des modifications chimiques des humeurs a guidé la thérapeutique préventive. Des améliorations durables sont imputables à l'emploi du lactate de chaux, de la théobromine, des laxatifs salins. P. CARRETTE.

Lobe postérieur de l'hypophyse et gestation, par J. Torre BLANCO. *Archivos de Médicina, Cirurgia y Especialidades,* 5 mars 1932.

Le corps jaune perd son importance à mesure que la gestation progresse. Il sert d'antagonisme aux hormones à effet contractile. Au moment de l'accouchement son action est nulle et on peut supposer que c'est la concentration suffisante de l'hormone rétropituitaire dans le sang qui amorce l'acte final de la gestation. Pour l'auteur il y a dans l'éclampsie un complexe endocrinien, caractérisé par un excès d'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse et une insuffisance thyroïdienne, le corps jaune et la thyroïde complétant leur action opposée à la fonction rétropituitaire.

P. CARRETTE.

Etude physiologique et clinique d'une hormone antéhypophysaire, par G. LAROCHE et H. SIMONNET. *La Presse Médicale,* 4 mai 1932.

D'une importante série d'observations cliniques, orientées par les données expérimentales, les auteurs déduisent qu'un principe gonatrope antéhypophysaire exerce ses effets sur la croissance et sur la thyroïde et les glandes génitales dont il stimule le fonctionnement. P. CARRETTE.

Diabète insipide et adiposité hypophysaire avec quadriplégie, par MATULAY *Bratislavské Lekarske Listy,* novembre 1931.

L'ensemble du tableau clinique rendait vraisemblable le diagnostic de tumeur que l'autopsie n'a pas vérifié. Les lésions du cerveau sont grossières et diffuses. Dans les glandes endocrines examinées l'auteur a trouvé de petits foyers de fonte purulente.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'organisation de la prophylaxie des maladies mentales en Argentine, par Gonzalo BOSCH. *La Semana Médica,* 4 février 1932.

C'est en 1922 et en 1924 que les médecins sud-américains ont donné un nouvel essor à l'hygiène et à la prophylaxie mentales en Argentine, à l'exemple de ce qui se passait en France et aux Etats-Unis. Dans une relation faite au Congrès National de Médecine, l'auteur rappelle les communications d'Arturo Mó, de Fernando Gorriti, de Lanfranco Ciampi et d'autres psychiatres éminents qui ont provoqué l'intervention des pouvoirs publics en faveur des aliénés et des psychopathes. Ils ont ainsi pu améliorer l'état des asiles, ouvrir des consultations et des hôpitaux d'observation, développer le service social.

Gonzalo Bosch estime que ce qui a été fait est peu de chose en face

des progrès de la psychopathie et de la criminalité. Le problème est beaucoup plus complexe que nous le pouvons imaginer. Il faut bien se dire qu'une nation relativement jeune comme l'Argentine est le foyer d'une intense immigration. Nombreux sont les antisociaux dont la vie dans leur pays est devenue impossible et qui s'expatrient pour échouer après quelques aventures à la prison ou à l'asile. La statistique de l'Hospice des Grâces n'est-elle pas éloquente ? — Sur 955 entrées dans le premier semestre de 1931, nous trouvons 422 indigènes et le reste, plus de la moitié, est formé de sujets provenant de 29 nationalités différentes.

Un programme d'action doit comporter une réglementation sévère du mariage, de l'école, des patronages, une liaison étroite de l'hygiène mentale avec les autres départements prophylactiques, l'éducation du personnel médical quand le spécialiste fait défaut, la simplification et la généralisation des formalités administratives. On conçoit que des esprits clairvoyants soient véritablement effrayés par l'énormité de l'œuvre à réaliser et par les difficultés qu'ils rencontrent dans des agglomérations comme celles de Rio-de-Janeiro ou de Buenos-Aires. P. CARRETTE.

L'organisation médicale de l'Institut de Psychiatrie, par le Dr VERMEYLEN (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie, 4 janvier 1932*).

Description, avec photographie, de l'Institut de Psychiatrie installé dans l'enceinte de l'hôpital Brugmann à Bruxelles. Centre moderne où l'Assistance, les soins médicaux, la recherche scientifique et même l'enseignement sont assurés dans les meilleures conditions, à proximité de toutes les autres spécialités, dont l'intervention est de plus en plus nécessaire ou utile pour l'étude ou le traitement des maladies mentales. SENGÈS.

Les relations du psychiatre et du médecin scolaire, par Frederick L. PATRY, *The Psychiatric Quarterly*, janvier 1932.

L'adjonction dn psychiatre au médecin d'école ne donne pas toujours des résultats satisfaisants. Celui-ci ne sait pas utiliser son confrère parce qu'il n'est pas préparé à la collaboration. Et cependant, c'est de l'excellence de cette collaboration que dépend la santé de l'écolier.

L'auteur rappelle quelques principes essentiels. Le médecin doit veiller à l'hygiène générale, prévenir les épidémies infectieuses et parasitaires, déceler les défauts physiques, reconnaître les aptitudes du personnel enseignant, la valeur du milieu familial. Les anomalies et les insuffisances mentales une fois reconnues, la tâche du psychiatre commence. Un diagnostic exact doit être posé et les possibilités de redressement envisagées. Il est inutile et même nuisible de multiplier le nombre des collaborateurs; la division exagérée du travail conduit à l'incohérence et à la contradiction. P. CARRETTE.

L'école unique et la sélection, par E. TOULOUSE, *La Prophylaxie Mentale*, Mars-Avril 1932.

Tout en reconnaissant que les méthodes actuelles d'éducation et de sélection des meilleurs ne donnent pas en France de mauvais résultats, l'auteur, partisan convaincu de l'école unique, pense que si elle était réali-

sée, la sélection porterait sur deux à cinq fois plus d'enfants que maintenant. Il préconise les procédés expérimentaux de triage mais ne se cache d'ailleurs pas la complexité de la méthode. En particulier, il n'est pas sûr que soit facile l'établissement d'un rapport entre la valeur scolaire — même mesurée avec des méthodes de psychotechnique — et le rendement social ultérieur d'un individu.

A. Courtois.

Etude sur la prophylaxie des troubles de la parole, par Mme Stepowska-Mitrinovitch. *La Prophylaxie Mentale*, Mars-Avril 1932.

L'organisation de la prophylaxie et du traitement des différents troubles de la parole, détaillés par l'auteur, mérite, en raison de leur fréquence, d'être entreprise de façon systématique. Les médecins, le public doivent savoir que les résultats — variables avec les conditions causales — sont d'autant plus favorables que le traitement spécialisé aura été appliqué de façon plus précoce. Indication des centres existant dans la région parisienne.

A. C.

Les errements psychologiques de l'adolescent placé dans l'industrie, par Olive A. Cooper. *Bulletin of the Massachusetts Department of Mental Diseases*, octobre 1931.

Les jeunes gens trouvent aujourd'hui dans les groupements de travailleurs des possibilités d'entretenir les conditions d'hygiène physique nécessaire à la bonne santé, mais on ne fait rien pour le psychisme. C'est que les fins de l'industrie et celles de l'hygiène mentale apparaissent diamétralement opposées. Et, cependant, la santé morale a beaucoup plus d'importance que l'intégrité physique. Un estropié peut très bien avoir une brillante carrière, tandis qu'un psychopathe très vigoureux est condamné à l'asile. L'auteur cite les cas de jennes gens ayant quitté prématurément l'école, soit par paresse, révolte ou désir de liberté, soit par une nécessité d'ordre familial. Le résultat est un amour immodéré de l'argent considéré comme but de l'activité vitale, le goût des spéculations et finalement la délinquance. Un état bien organisé doit pouvoir assurer la continuation de la formation intellectuelle et éthique des jeunes gens placés trop tôt dans les conditions du travail industriel.

P. Carrette.

Le travail à la chaîne et la prophylaxie mentale, par E. Schreider. *La Prophylaxie Mentale* mai-juin, 1931.

On a accusé le travail à la chaîne d'augmenter chez les ouvriers le nombre des cas de troubles mentaux. L'auteur rappelle les moyens proposés pour diminuer la monotonie de ce travail. Il souligne l'intérêt des travaux de A. Gemelli et A. Galli, deux psychotechniciens italiens, qui ont pu isoler deux groupes d'ouvriers, dont l'un bénéficierait du travail à la chaîne nuisible à l'autre groupe. D'autre part, le rythme du travail imposé par la machine n'est pas indifférent à la plus ou moins bonne adaptation de l'ouvrier.

A. Courtois.

Dermographisme noir ; une nouvelle méthode d'investigation massive dans l'industrie, par P. EMDIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, juin 1931.

Ce phénomène qui consiste à obtenir par frottement de la peau une raie noire au lieu des raies blanches ou rouges connues n'est pas dû à l'hystérie, ni à quelque trouble endocrinien. Il n'est pas pathologique. Il s'obtient parfaitement sur le cou, la face, par le contact d'un manche métallique de marteau à réflexe. C'est une réaction exogène. Elle est surtout fréquente chez les femmes qui se poudrent et chez les travailleurs du cuivre, du mercure, de l'imprimerie. Elle prouve que la peau absorbe constamment des particules métalliques. Le savonnage des parties découvertes est une mesure d'hygiène qui devrait être sérieusement ordonnée dans de nombreuses industries. P. CARRETTE.

Le danger de la syphilis, par MILIAN. *La Prophylaxie Mentale*, Mars-Avril 1932.

Court exposé destiné à montrer au public les dangers de la syphilis, ses modes de transmission, ses conséquences immédiates et lointaines pour l'individu et la descendance. Bien que le traitement correctement conduit soit « tout-puissant », les méthodes prophylactiques restent cependant les plus sûres. A. C.

Toujours la question de l'alcool, par A. COURTOIS. *La Prophylaxie mentale*, Janvier-Février 1932.

En mettant à part les cas d'intoxication alcoolique des déséquilibrés, quelquefois polytoxicomanes — aliénés avant d'être alcooliques — il apparaît que l'alcoolisme en France se présente comme une maladie professionnelle liée pour beaucoup aux habitudes de certaines corporations et de certains milieux sociaux. Indications des dangers de l'alcoolisme féminin dont la fréquence augmente. C'est dans les milieux professionnels qu'il faudrait d'abord appliquer des méthodes de prophylaxie et de traitement précoce à un moment où elles auraient encore quelque chance de succès.

A. C.

Les débits de boissons alcooliques. Rapport de M. SIEUR *(Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 23 février 1932).

Les conclusions du rapport de M. Sieur, exposées dans le compte rendu de la séance du 9 février sont adoptées.

M. Marcel Labbé fait ajouter le paragraphe suivant : « Qu'il soit créé dans toutes les régions de la France des débits de boissons non alcooliques, sur les modèles des Abris du Marin et des Foyers du Soldat. » SENGÈS.

Rôle de l'instinct de conservation dans la genèse de l'alcoolisme (utilité de cette notion dans la prophylaxie), par R. MARKUSZEWICZ (*Rocz. Psychj.* 1931, fasc. X, I, p. 151.

M. Markuszewicz recherche les causes psychologiques qui poussent l'individu vers l'abus de l'alcool. Il les trouve dans l'instinct de conservation.

L'influence exercée par l'ivresse surtout à la phase de l'excitation a un effet positif. Elle se traduit partiellement dans le travail du sujet rendu plus facile et surtout dans le sentiment de sa personnalité considérablement accru. La phase narcotisante est franchement défavorable au travail, mais la conviction de la supériorité persiste chez l'alcoolique. Cette sensation subjective de supériorité est avantageuse à son instinct de conservation, elle lui facilite aussi l'évasion du monde réel. Par ses caractères psychiques l'instinct de conservation de l'alcoolique porte l'empreinte de l'infantilisme.

Le second facteur constitutif de l'alcoolisme est le facteur bio-chimique se traduisant par l'action spécifique de l'alcool sur le tissu nerveux. Ces deux facteurs se complètent, se combinent et donnent ensemble naissance à ce vice déplorable pour la société et si difficile à combattre.

La propagande antialcoolique telle qu'elle est pratiquée trouve dans l'alcoolique un ennemi. La lutte contre l'alcoolisme devrait comprendre : 1° la psychothérapie qui tendrait à créer un sentiment affectif entre le malade et le médecin ; 2° elle devrait poursuivre la sublimation de l'instinct de conservation infantile de l'alcoolique. Pour compenser les avantages éphémères donnés par l'alcool, la société devrait procurer à l'alcoolique un appui pécunier sous forme de prime d'abstinence et une sorte d'assurance sociale au bout de 30 ans d'adhérence à la ligue antialcoolique.

FRIBOURG-BLANC.

Comment prévenir un suicide ? par Georges d'HEUCQUEVILLE. *La Presse Médicale*, 24 février 1932.

Il y a au moins 50.000 tentatives de suicide à Paris chaque année et il est du plus haut intérêt d'envisager les moyens que possède le médecin pour les prévenir, puisque c'est lui qui est très souvent appelé à visiter les déprimés qui préparent leur attentat.

Georges d'Heucqueville décrit l'organisation de la surveillance d'un malade à son domicile et à la maison de santé et donne quelques formules de chimiothérapie de l'anxiété.

P. CARRETTE.

Stérilisation des anormaux, par le Dr F. SANO. *(Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1932).

Sano envisage la question de la reproduction des sujets pouvant transmettre des tares nerveuses ou mentales. Pour les maladies familiales (idiotie de Tay-Sachs, certaines amyotrophies, etc...), il faut déconseiller la procréation aux individus qui sont conscients de leurs responsabilités. Quant à ceux qui ne peuvent juger par eux-mêmes, en vertu de leur tare mentale, doit-on leur imposer la stérilisation ou l'internement dans un asile ?

Sano est partisan de la stérilisation, qui diminuerait les charges de l'internement. En Californie, où la stérilisation prophylactique est pratiquée, 4.000 enfants passent annuellement par *Juvenil Hall,* institut d'observation des mineurs anormaux, mais Sano ne donne pas le chiffre des stérilisations pratiquées. Il croit difficile d'instaurer cette méthode en Belgique, pays de tradition.

Cette question a fait l'objet d'une discussion assez vive, révélant des divergences doctrinales, à la Société de Médecine Mentale de Belgique (octobre 1932).

SENGÈS.

Le problème de la stérilisation dite eugénique dans l'indigence intellectuelle congénitale (Zur Frage der sogenannten eugenischen Sterilisation bei vererbtem Schwachsim), par W. HÄFER. *Psychiatrische neurologische Wochenschrift*, 1932, N° 26.

Il est très utile d'empêcher la procréation des idiots et des imbéciles, mais l'internement est une mesure aussi efficace que la stérilisation, et de plus il s'impose à cause de leur caractère anti-social. Le problème de la stérilisation eugénique doit être considéré non seulement aux points de vue médico-biologique et sociologique, mais aussi aux points de vue juridique et éthique. La validité juridique du consentement dans le cas de la stérilisation dite « volontaire » peut être contestée. Enfin, il ne faut pas oublier que, chez la femme, la stérilisation n'est point une intervention sans gravité. L'auteur n'est donc pas partisan d'une réglementation légale de la stérilisation eugénique. Si toutefois elle intervenait, c'est au médecin seul et non aux autorités que devrait revenir le rôle de décider sur l'opportunité de l'intervention, dans chaque cas.

E. BAUER.

Sur la vérification des décès par une expérience médico-scientifique, présenté au nom d'une Commission composée de MM. DOPTER, CAMUS, BROUARDEL, BALTHAZARD, *rapporteur* et M. ROUX, *président*. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 2 février 1932).

La Chambre des Députés a voté, le 4 février 1931, une proposition de loi invitant le gouvernement à réglementer, après avis de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, la vérification du décès par une épreuve médico-scientifique nettement affirmative de la certitude de la mort...

La Commission, après des considérations sur le diagnostic médical de la mort, généralement facile, et les causes d'erreur qu'un examen médical doit éliminer, discute la valeur des épreuves médico-scientifiques auxquelles il faudrait recourir dans les cas particulièrement difficiles. Pratiquement, on peut s'en tenir aux signes indiqués par Ambard et Brisemoret, par Rebouillat et Icard.

CONCLUSIONS. — Pour éviter tout danger d'inhumation prématurée, il convient de respecter les prescriptions suivantes :

1° Observer un délai de 24 heures au minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière.

2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès.

3° Faire effectuer le contrôle médical, au moins dans les grandes villes, par des médecins de l'état civil, nommés dans les conditions propres à assurer leur compétence aussi bien au point de vue du diagnostic clinique de la mort qu'à celui de la mise en œuvre des procédés médico-scientifiques modernes de diagnostic de la mort.

SENGÈS.

THÉRAPEUTIQUE.

La lactothérapie dans les états d'agitation, par R. Silva et H. Piñero. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires. Tome XIX, nº 109, Février 1932).

Les auteurs ont employé la lactothérapie par voie hypodermique pour le traitement de l'agitation dans toutes ses formes. Ils ont obtenu dans la majorité des cas de bons résultats. Ils se servent de lait de vache frais et stérilisé par ébullition, et injecté à une température tiède en quantité variant de 10 à 30 cm³. L'injection sous-cutanée se pratique à la région antéro-externe de la cuisse ; on la fait journellement ou un jour sur deux, en augmentant la dose de 5 à 10 cm³ si l'on n'obtient pas de résultats favorables, de façon à injecter un total de 100 à 120 cm³ en une période de une à trois semaines selon les cas. L'injection est peu douloureuse et bien tolérée en général. La réaction locale consiste dans l'apparition, quelques heures après, d'une zone colorée de la peau au niveau du point d'injection, atteignant parfois les dimensions de la paume de la main, avec une légère tuméfaction et une petite douleur. La réaction générale se manifeste par une hyperthermie qui survient quatre à six heures après et qui en général tombe le jour suivant. L'agitation se jugule le plus souvent en quelques heures, mais quelquefois l'action est extrêmement rapide (quinze minutes). Les résultats éloignés sur l'évolution de la psychose sont extrêmement variables. Ils furent favorables dans des cas de psychoses toxiques puerpérales ou de confusion mentale d'origine alcoolique. Cette thérapeutique rapide et économique, d'application facile serait à retenir par son innocuité et son efficacité. On peut l'employer sans préjudice, d'une médication causale, antitoxique ou déplétive, en vue de renforcer les effets de cette dernière.

Lauzier.

Le traitement de la mélancolie d'involution par l'hormone ovarienne, par Karl M. Bowman et Lauretta Bender. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1932.

Pour juger de l'efficacité de l'organothérapie, les auteurs rappellent qu'il faut choisir judicieusement les cas. On ne doit pas négliger de traiter les formes paranoïdes, les aboutissants schizophréniques de psychoses frustes, mais sans se dissimuler qu'en général ces essais sont voués à l'échec. Dans la mélancolie d'involution elle-même, les états d'asthénie, d'indécision, de délire d'interprétation dépressif, sans grosses perturbations viscérales, sont assez rebelles. Les cas les plus favorables sont accompagnés de troubles de la pression et de la formule sanguines, de diminution du métabolisme, de ralentissement des fonctions gastro-intestinales, l'action de l'hormone ovarienne est ici évidente et dans deux des sept observations présentées l'amélioration des signes physiques est accompagnée d'une guérison complète des troubles mentaux.

P. Carrette.

Traitement des aliénés au moyen du sommeil permanent (narcose), par J. Freanklowa. *Rocznik Psychjatryczny*, nos 18-19, 1932.

La méthode n'est pas nouvelle. Le trional, le luminal sodique, la scopolamine et surtout le somnifène. Il est préférable de renouveler les petites

doses dans la journée pour obtenir un minimum de 20 heures de sommeil. On administre constamment des toni-cardiaques, des diurétiques ; on surveille la tension et la température.

A la suite d'une brève revue générale de la question, l'auteur expose sa méthode empruntée aux essais de Blume, Neustadt et Sioli. Le produit utilisé est l'avertine, par voie rectale, à la dose de 0,08 par kg. C'est surtout un moyen de calmer provisoirement l'agitation des maniaques, des confus et des catatoniques, mais ce n'est pas un traitement curatif. D'ailleurs il n'est pas rare que des troubles asphyxiques obligent à interrompre précocement les essais.

P. CARRETTE.

L'influence des productions radiophoniques sur les aliénés, par D. STEJKOWSKA. *Nowiny Psychjatryczne*, nos 1-2 1932.

L'auteur constate que l'influence des productions radiophoniques sur les aliénés est en général bienfaisante, surtout quand il s'agit d'audition de musique légère et facile. Il faut cependant signaler que les états de grande excitation font exception ; la radiophonie donne alors une augmentation de l'agitation maniaque ou anxieuse.

P. CARRETTE.

Le traitement de la démence précoce suivant la dernière méthode de Pilcz, par le Dr MAERE. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1932).

La dernière méthode de Pilcz n'apparaît pas très nettement dans cet article, qui est plutôt une petite revue générale des divers traitements tentés depuis une dizaine d'années à Vienne dans la démence précoce. On emploie d'une part des hormones sexuelles (Testosan, Ovosan), l'Ecole Viennoise étant fidèle à l'origine sexuelle de la démence précoce et, d'autre part, un traitement tuberculinique basé sur les rapports entre la démence précoce et la tuberculose.

SENGÈS.

La malariathérapie dans la schizophrénie, par St. SWIERCZEK. *Nowiny psychjatryczne*, T. IX, 1er et 2e trimestres, 1932, p. 32.

Au sujet du traitement de la schizophrénie par la malariathérapie, M. Swierczek souligne les difficultés et les incertitudes du diagnostic de la schizophrénie et la fréquence des rémissions spontanées. Il est également très difficile de se prononcer sur la durée des rémissions et leur pronostic. Il n'est pas rare de voir des rémissions spontanées pouvant se prolonger des années entières. Enfin l'absence de données sérologiques et histologiques de cette psychose rendent la tâche plus compliquée.

L'auteur a appliqué la méthode dans 66 cas dont il ne retient définitivement que 58 étudiés suffisamment.

Les résultats obtenus par S... à l'asile de Dziekanka furent les suivants : Rémissions : 0 ; améliorations : 6 ; effet nul : 51 ; aggravation, 1.

En résumé, la malariathérapie ne doit pas être conseillée dans la schizophrénie. Cette méthode peut être essayée seulement après l'échec de toutes les autres médications comme « ultimum remedium ».

FRIBOURG-BLANC.

Sur l'abcès de fixation et la malariathérapie, par M Paul VERSTRAETEN. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* août 1932).

M. Paul Verstraeten passe en revue les indications spéciales, en thérapeutique psychiatrique, de l'abcès de fixation et de la malariathérapie.

L'abcès de fixation doit être provoqué chez les grands agités : 1° pour faciliter le diagnostic de leur affection psychique par l'analyse du fonds mental ; 2° pour prévenir la cachexie aiguë ; 3° pour les guérir dans certains cas. Nombreuses observations à l'appui.

La malariathérapie. — Il s'agit de son emploi en dehors du traitement de la paralysie générale. Rappelant sa communication au Congrès d'Anvers (malariathérapie des psychoses autres que la paralysie générale), l'auteur estime que cette méthode peut être utile :

1° à la plupart des périodiques avec symptômes catatoniques ;

2° aux schizophrènes récents. Il a également obtenu des résultats favorables dans un certain nombre de cas de psychose maniaque-dépressive.

SENGÈS.

Résultats de la malariathérapie dans l'épilepsie, par St. SWIERCZEK. *Nowiny psychjatryczne,* T. IX, 1er et 2e trimestres, 1932, p. 24.

M. Swierczek a tenté la malariathérapie chez 13 femmes atteintes d'épilepsie sans lésions somatiques. Chez ces malades, les autres méthodes curatives en usage habituel ont échoué. Les résultats obtenus se résument de la façon suivante : 1° un décès ; 2° trois aggravations : une par le réveil d'une tuberculose ancienne ; deux par l'augmentation du nombre des crises ; 3° sept résultats nuls ; 4° deux améliorations certaines avec diminution du nombre des crises et même leur disparition totale.

Ces résultats, manifestement défavorables dans leur totalité, inclinent l'auteur à déconseiller, dans l'épilepsie, l'emploi de la malariathérapie, avantageuse seulement dans les psychoses d'origine syphilitique.

FRIBOURG-BLANC.

Quelques remarques sur le gardénal, le gardénal sodique et le somnifène, plus particulièrement dans le traitement de l'épilepsie, par W. GORZKOWSKI. *Nowiny Psychjatryczne,* nos 1-2, 1932.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : les deux formes de gardénal donnent la guérison des cas moyens, l'amélioration des états plus graves ; le luminal agit d'une manière sensiblement identique ; les injections intramusculaires de somnifène, à la dose de 4 cm., seraient d'un effet plus prolongé, dans le traitement de l'état de mal, que l'administration d'hydrate de chloral.

P. CARRETTE.

Traitement de la paralysie générale par la radiothermie, par Leland E. HINSIE et Joseph R. BLALOCK. *The Psychiatric Quarterly,* avril 1932.

Les procédés de thermothérapie de la paralysie générale se multiplient. L'hyperthermie obtenue par les procédés électriques fait l'objet de publications nombreuses qui se ressemblent quant aux conclusions. Les auteurs prennent deux groupes de paralytiques assez voisins cliniquement l'un de l'autre ; le premier est traité par la malaria ; le second par la radiothermie.

Les résultats, jugés après 19 mois d'essais sur 68 patients, seraient aussi bons que ceux de l'impaludation et la méthode présenterait l'avantage de diminuer les risques par un contrôle rigoureux des phases des accès hyperthermiques. Du point de vue du mécanisme de l'action thérapeutique elle-même, il est intéressant de noter qu'il n'y a pas ici de fièvre à proprement parler, mais une simple élévation thermique à 40 degrés environ pendant quelques heures.

P. CARRETTE.

Sur la valeur du sang animal, du bore et du fluor dans la maladie de Basedow, par Witold ORLOWSKI. *La Presse Médicale,* 25 mai 1932.

Isolés ou combinés, les trois traitements n'ont pu servir à l'auteur que d'adjuvant aux méthodes courantes. Le fluor a une action modératrice sur le métabolisme basal ; avec le bore il peut parfois améliorer les sensations pénibles des basedowiens.

P. CARRETTE.

Chirurgie de l'Hyperthyroïdie, par Léon BÉRARD. *L'Avenir Médical,* mars 1932.

L'hyperthyroïdie, caractérisée cliniquement par le goitre, comprend deux formes : le type de Basedow avec ses petits signes et son terrain névropathique, et le goitre toxique dans lequel la tumeur est le signe capital et primitif. L'hyperthyroïdie s'exprime biologiquement par l'augmentation du métabolisme basal et son traitement est avant tout médical. C'est devant l'échec de ce traitement que la chirurgie intervient. On pratique actuellement la thyroïdectomie subtotale par étapes en commençant par la ligature des artères thyroïdiennes et les extirpations plus ou moins étendues du sympathique cervical. L'auteur estime que dans la plupart des cas la radio et le radium rendent peu de services et compliquent les interventions chirurgicales rendues ultérieurement indispensables.

P. CARRETTE.

Les injections gazeuses épidurales, par Gaston AYMÈS. *Le Monde Médical,* 1-15 décembre 1931.

Le traitement des sciatiques s'est trouvé heureusement renouvelé par la méthode de Cordier qui consiste à injecter de l'air aseptisé dans le voisinage du tronc nerveux. Aux zones d'élection classiques, Aymès ajoute l'espace épidural dans lequel il introduit 30 à 40 cc. de gaz ; cette intervention pouvant même, à elle seule, remplacer les autres. Elle donne de bons résultats, non seulement dans la sciatique, mais aussi dans les lumbalgies et l'incontinence d'urine. Les injections doivent être répétées tous les 6 ou 8 jours. Si l'aiguille en place laisse écouler du sang, il faut la retirer et recommencer le lendemain.

P. CARRETTE.

Considérations sur les injections épidurales dans le traitement des douleurs sciatiques, par F. G. LINDEMULDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* septembre 1931.

Une solution de bleu de méthylène injectée sur le cadavre dans le sac épidural parcourt les zones radiculaires et les espaces périmédullaires jus-

qu'à la région cervicale. Cette perméabilité, qui doit exister dans une certaine mesure chez le vivant, explique l'action sédative des injections épidurales de solution de Ringer cocaïnée dans 40 cas de névralgie sciatique.

P. CARRETTE.

Traitement du zona par le salicylate employé par voie endoveineuse, par QUIQUANDON. *Annales des Laboratoires Clin*, mars-avril 1932.

Il est intéressant de noter que l'auteur a obtenu d'excellents résultats chez des vieillards qui ont pu échapper ainsi aux séquelles douloureuses du zona, si fréquentes chez eux. L'évolution favorable s'est précipitée. Le traitement ne paraît pas avoir d'action sur l'apparition de l'éruption, ni en atténuer l'intensité.

P. CARRETTE.

Traitement des syndromes douloureux de la périphérie par l'alcoolisation sub-arachnoïdienne des racines postérieures à leur émergence de la moelle épinière, par A.-M. DOGLIOTTI. *La Presse Médicale*, 22 août 1931.

L'injection de 0,2 à 0,8 cm^3 d'alcool absolu dans l'espace sous-arachnoïdien spinal est pratiquée chez le malade dans le décubitus latéral. L'alcool surnage le liquide céphalo-rachidien avant de se résorber. Les résultats ont été satisfaisants, surtout dans les syndromes diffus, et les accidents nuls, sauf une brève réaction méningée avec céphalée et rachialgie. L'auteur estime que ce traitement doit être tenté et permet souvent d'éviter des interventions plus mutilantes, comme la laminectomie ou la cordotomie.

P. CARRETTE.

La sympathectomie périartérielle par action chimique, par Bernard DESPLAS. *Le Monde Médical*, 15 septembre 1931.

Sa technique est aussi efficace et d'une exécution plus simple que la sympathectomie chirurgicale. Elle consiste à badigeonner les artères intéressées avec une solution de phénol à 5 ou 7 0/0 en laissant en place la gaine périvasculaire. Desplas a surtout expérimenté la méthode contre des dystrophies génitales et a obtenu 9 succès sur 15 cas traités.

P. CARRETTE.

La physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite, par P. DUHEM. *La Presse Médicale*, 18 mars 1931.

Les résultats obtenus par Duhem sont à considérer avec un grand intérêt, car ils portent sur près de 800 cas. Expérience limitée et outillage insuffisant, tels sont les éléments qui faussent les statistiques. Duhem observe d'abord que les troubles nerveux ne rétrocèdent pas sûrement, comme l'ont dit certains auteurs, grâce à la radiothérapie, à la diathermie ou à l'ionisation iodurée (Bourguignon). Pour lui, les malades qui ne présentent pas une réaction de dégénérescence totale finissent toujours par guérir ; quant aux autres, on ne peut pas dire que la physiothérapie modifie leurs phénomènes paralytiques.

Les troubles circulatoires disparaissent par la balnéation locale chaude

et la diathermie associées. Ce traitement a l'avantage de faciliter la récupération musculaire, mais il peut ne pas être suffisant. Il faut alors recourir à l'excitant électrique et utiliser, suivant les cas, les ondes faradiques, les ondes galvaniques brusques de fermeture au pôle négatif ou alternatives à longues périodes.

D'une utilité douteuse contre les troubles nerveux, la radiothérapie radiculaire à faible dose et à faible pénétration donne de bons résultats dans les séquelles douloureuses rebelles.

P. CARRETTE.

Un cas de méningite à pneumocoques traité par le permanganate de potassium. Guérison, par Max H. WEINBERG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, juillet 1931.

Les résultats encourageants publiés depuis 5 ans ont déterminé l'auteur à faire un essai dans un cas désespéré. Une solution faible de permanganate (2 grains pour 0,85 litre) est introduite lentement par la voie rectale à raison de 4 onces (113 grammes), d'abord toutes les 4 heures, puis 3 fois par jour. La guérison clinique a été obtenue après 2 semaines de traitement.

P. CARRETTE.

A propos de la protéinothérapie, dite vaccinale, de la sclérose en plaques, par P. LÉPINE et P. MOLLARET. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 36, séance du 17 novembre 1931.

Miss Chevassut a publié dans *Lancet* (15 mars 1930) le résultat favorable d'essais thérapeutiques au moyen d'un vaccin spécifique obtenu en partant du virus de la sclérose en plaques. Lépine et Mollaret considèrent les milieux organiques utilisés comme de simples floculats de matières protéiques dépourvus de spécificité. Ils ont traité 15 malades suivant la technique de Miss Chevassut par des injections intra-veineuses qui ont été parfaitement tolérées, mais n'ont pas apporté ultérieurement la moindre amélioration dans l'état des patients.

P. CARRETTE.

Contribution au traitement du tétanos généralisé par la méthode de Dufour, par C. López RODRÍGUEZ. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, 24 octobre 1931.

En s'inspirant de l'idée de Dufour et Duhamel sur l'anesthésie au chloroforme chez les tétaniques, l'auteur a utilisé la technique suivante : injection de sérum intraveineux, suivie de ponction lombaire, soustraction de 30 à 40 cmm. de liquide céphalo-rachidien si possible, suivie d'une injection intra-rachidienne lente de sérum (20.000 unités). L'opération sous anesthésie peut être répétée plusieurs jours de suite, après quoi le malade est en général hors de danger.

P. CARRETTE.

Traitement du tétanos par l'association urotropine et sérum, par L. Couvy. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, nº 38, séance du 1er décembre 1931.

L'urotropine injectée dans la circulation générale passe dans le liquide céphalo-rachidien. Ce fait a été démontré en 1926 par les expériences de Le Fèvre de Arric et Millet. Cette propriété a pu être utilisée en thérapeutique. En franchissant la barrière hémato-encéphalique, l'urotropine favorise le passage des anticorps microbiens, des antitoxines et de substances comme le néosalvarsan, ainsi que l'ont montré Mutermilch et Delaville.

Couvy publie les résultats qu'il a obtenus dans le tétanos en injectant chaque fois, 1/2 heure avant le sérum, 0 gr. 50 à 1 gr. d'urotropine dans les veines. Sur 31 malades traités, 26 ont guéri, et dans deux cas il s'agissait de tétanos ombilical grave. Il serait intéressant de poursuivre les essais dans des affections comme la méningite cérébro-spinale et dans la syphilis nerveuse contre laquelle nous disposons de médications actives, mais insuffisamment utilisables tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de porter la substance médicamenteuse au niveau des centres nerveux.

P. Carrette.

Du traitement opératoire de la syringobulbie et de la syringomyélie ; disparition complète des symptômes de la syringobulbie; amélioration considérable de la syringomyélie; observation suivie pendant 4 ans, par L. Puusepp. *La Presse Médicale*, 20 janvier 1932.

Le diagnostic est confirmé par endomyéloponction et introduction de lipiodol dans la cavité. On sectionne les arcs des 2e et 3e vertèbres thoraciques, puis la dure-mère. On ponctionne à nouveau au niveau du renflement. Une incision sur le bord droit de la moelle est pratiquée à 1 mm. de la ligne médiane. Le trajet est exploré à la sonde et vidé de son contenu. On suture la dure-mère. 15 jours après l'intervention on constate déjà les progrès de la sensibilité, puis les fonctions motrices reprennent. L'amélioration est évidemment subordonnée au degré des lésions nerveuses secondaires à la compression.

P. Carrette.

Le traitement opératoire de la syringomyélie, par Schaeffer. *La Presse Médicale*, 9 mars 1932.

La mise au point de la radiothérapie dans la syringomyélie a transformé le pronostic de cette affection. Toutefois il n'est pas rare de voir, malgré le traitement, les troubles continuer à évoluer ou bien certains signes disparaissent et l'amélioration reste partielle. Il est indiqué alors d'avoir recours à une intervention qui consiste à drainer la cavité intramédullaire suivant la technique préconisée en 1916 par Elsberg, puis par Poussep en 1926.

Quelles sont les indications relatives de ces 2 méthodes ? Le drainage a ses échecs comme la radiothérapie. La technique a une grosse importance. Il faut repérer le siège du maximum de lésions par une minutieuse exploration clinique complétée par l'endomyélographie au lipiodol. Schaeffer conseille de commencer par le traitement aux rayons X et, en cas d'échec ou d'amélioration insuffisante, de recourir à l'autre méthode, sauf dans les cas où la moelle a considérablement augmenté de volume, que le liquide est très hypertendu, symptôme qui indique l'urgence d'une décompression.

P. Carrette.

MÉDECINE LÉGALE

Deux années d'application de la loi Briggs dans le Massachusetts (1928-1930), par Winfred Overholser. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, Tome XXIII, nº 3, septembre-octobre 1932.

Parmi les mesures de protection sociale prises contre la criminalité aux Etats-Unis, la loi Briggs constitue une garantie essentielle visant le maintien et le traitement des individus placés dans les établissements d'aliénés par l'intermédiaire de l'autorité judiciaire. Elle prévoit automatiquement, par l'office du Département des Maladies Mentales, l'examen des criminels et en particulier des sujets déjà poursuivis pour crime capital ou condamnés plus d'une fois pour n'importe quel fait délictueux. De 1921 à 1927, l'application de la loi rencontra des difficultés par défaut de corrélation entre les opérations de justice et celles du Département des Maladies Mentales. Le 1er juillet 1927, un amendement à la loi établit le contrôle des prévenus par ordonnance de l'enquête sur leur passé judiciaire et psychiatrique. Depuis 1928, le nombre des sujets intéressés à cette mesure a doublé, puis triplé. Les 4/5 des prévenus ont été examinés ; le reste est composé d'individus mis en liberté sous caution ou soumis à d'autres mesures préalables.

Le rôle joué par Vernon Briggs dans tous les modes d'assistance des aliénés est considérable. On peut dire que son intervention a permis, dans le Massachusetts, une adaptation de la condition des anormaux, des antisociaux, des insuffisants mentaux aux possibilités les plus modernes de l'hygiène et de la prophylaxie. La loi qui porte son nom facilite les relations du pouvoir judiciaire et du Département des Maladies Mentales, supprime la discussion sur l'utilité de l'expertise et apporte une aide considérable à l'œuvre de prophylaxie du crime et de rééducation des anormaux.

P. Carrette.

Le nouveau Code pénal italien et la réorganisation des établissements de peine, par M. le Prof. N. Palopoli. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 11e année, nº 12, décembre 1931).

Les règles fondamentales, que fixe le nouveau Code pénal italien pour l'exécution des peines et des mesures de sûreté, mettent au premier plan le problème de la réorganisation des prisons. La peine, tout en conservant son caractère fondamental de châtiment, doit en outre impliquer la nécessité que le nouveau régime des prisons devienne un moyen de régénération du condamné.

Les prisons italiennes sont réparties en deux grandes catégories : A) les établissements de peine (maisons d'arrêt, prisons d'arrondissement, bagnes, maisons de réclusion, établissements pour mineurs, sanatoriums judiciaires) ; B) les établissements pour les mesures administratives de sûreté détentive (établissements agricoles, maisons de travail, maisons judiciaires pour les aliénés, réformatoires judiciaires pour mineurs, maisons de punition et d'adaptation sociale).

Toute réforme pénale doit commencer par les prisons. Aussi un service technique central dirigé par M. Varetti, a-t-il été chargé d'étudier les plans de construction et de transformation des établissements. On a appliqué dans

ces projets le principe de la décentralisation, et on a adopté le type à petits pavillons isolés et parallèles disposés de façon à réduire la longueur des parcours. Des annexes hospitalières sont prévues pour l'observation, l'étude et le traitement des détenus, de même que des ateliers et des parcelles de terrain destinées à la culture. LAUZIER.

Les premières applications de la loi de « défense sociale » du 9 avril 1930, par J. VAN PARYS. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles. Tome 12, n° 1, janvier 1932.

Dans un rapport présenté à l'Assemblée générale de la Fédération des Avocats belges, l'auteur apporte de nombreuses et sérieuses critiques sur la mise en application de la loi de défense sociale. Il montre que les lacunes et les défectuosités de cette loi laissent la porte ouverte à de multiples abus. En premier lieu, il serait nécessaire de modifier les termes vagues employés à l'article premier pour définir les individus qui doivent être soumis à la loi. Cet article devrait spécifier et limiter quelles sont les maladies qui pourront en déclancher le mécanisme. Il devrait également énumérer les infractions qui pourront donner lieu à son application, évitant ainsi d'appliquer la loi à des cas sans gravité, par exemple une infraction fiscale. D'autre part, M. Van Parys considère comme un fait extrêmement grave que l'internement, qui est une mesure définitive, puisse être ordonné par une juridiction d'instruction. La loi devrait réserver le droit de prononcer la mesure d'internement à une juridiction de jugement et seulement quand l'instruction serait terminée. Enfin le législateur devrait aussi adopter la règle suivante : pas d'internement sans mise en observation préalable et pas d'observation préalable qui ne puisse être contrôlée par la défense. La loi devrait enfin régler, d'une manière précise, le rôle des médecins et les droits de la partie civile ; elle devrait mieux assurer la défense des indigents. La conclusion de ce rapport est que, lorsqu'on examine l'ensemble des mesures prises par la loi belge, on constate qu'elles tendent à une formidable restriction de la liberté individuelle. LAUZIER.

L'annexe psychiatrique des prisons ; son rôle dans l'application de la loi de défense sociale, par L. VERVAECK. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, tome 12, n° 4, avril 1932.

Les polémiques suscitées par la mise en vigueur de la loi de défense sociale ont démontré qu'on se rend souvent imparfaitement compte du rôle dévolu aux annexes psychiatriques des prisons belges ; celles-ci sont exclusivement des quartiers d'observation mentale et non des organismes de traitement pour les anormaux mentaux. Les annexes psychiatriques n'ont pas été créées par la loi du 9 avril 1930, elles existaient déjà depuis longtemps puisque de 1921 à fin 1930, 3.536 détenus, prévenus et condamnés y ont été placés en observation et que 1.434 d'entre eux ont été ensuite colloqués dans un asile pour aliénés criminels ou placés dans une prison thérapeutique. En dehors de leur rôle d'observation, qui est le principal, les annexes psychiatriques ont également un rôle thérapeutique, puisque tout traitement susceptible d'améliorer l'état des malades mentaux ou nerveux placés en observation, y est amorcé sans attendre les conclusions de leur examen médico-légal ou pénitentiaire.

Actuellement, il existe deux régimes pour l'expertise mentale des inculpés mis sous mandat d'arrêt. L'un est le régime ancien, où l'expert, désigné par le Juge d'instruction, a le droit de demander au directeur de la prison le placement en observation à l'annexe psychiatrique du détenu qu'il doit examiner. L'autre est le régime nouveau appliqué en vertu d'une ordonnance de la Chambre du Conseil, d'un jugement ou d'un arrêt. L'annexe psychiatrique intervient aux trois étapes importantes de l'application de la loi du 9 avril 1930 : au début, lors de l'expertise mentale ; puis après la décision d'internement en vue de permettre à la Commission chargée de l'exécuter, de choisir l'établissement thérapeutique qui convient le mieux à chaque anormal ; enfin, au moment où se pose le grave problème de la libération des internés afin de pouvoir déterminer, après une nouvelle observation, s'ils sont guéris ou améliorés au point de réunir les conditions d'existence favorables à leur reclassement social. En somme, le séjour d'un inculpé ou d'un interné dans une annexe psychiatrique constitue, à tous les égards, une amélioration de son traitement, puisqu'il lui permet de démontrer personnellement aux membres de la Commission chargée de décider de sa libération qu'il est bien apte à rentrer dans la vie libre.

LAUZIER.

Les aliénés délinquants tels qu'ils se présentent à l'Asile Spécial, par M. le Docteur OLIVIERS (de Reckheim), (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1932).

Considérations très instructives sur le fonctionnement de l'Asile de Reckheim, ouvert en 1921 et où sont internés 700 aliénés ou psychopathes, délinquants ou criminels. Le Dr Oliviers passe en revue les diverses catégories de malades ou d'anormaux, vicieux, antisociaux, criminels qui constituent une bonne partie de la population de l'Asile. La psychiatrie ainsi entendue est une annexe de la criminologie. La Belgique est, à ce point de vue, mieux outillée que la France. Espérons que la réforme de la loi de 1838, la création légale d'asiles-prisons, d'annexes psychiatriques dans les prisons, etc., nous doterons un jour, en France, des perfectionnements indispensables pour une lutte bien comprise contre la criminalité des psychopathes.

SENGÈS.

Délinquance infantile. Les mineurs délinquants aux Etats-Unis, par T. RECA. (*Archivos de Medicina légal*, Buenos-Aires, 1e année, no 5, Nov.-Déc. 1931).

La délinquance infantile est aux Etats-Unis beaucoup moins fréquente chez les filles que chez les garçons ; ainsi 1.412 filles contre 3.811 garçons ont comparu devant le tribunal des mineurs de Chicago au cours des années 1909, 1910 et 1911. Chez les filles le délit le plus fréquent est l'immoralité, puis viennent le vol et le vagabondage. Le facteur constitutionnel le plus commun est la déficience mentale. L'instabilité provoque aussi des troubles de la conduite. Quant aux facteurs d'ordre social, un des plus importants est le travail des enfants, conséquence de la pauvreté actuelle. On tend de plus en plus aux Etats-Unis à considérer le milieu familial comme le plus adéquat à stimuler et à favoriser le développement harmonieux de

la personnalité infantile. Aussi les tribunaux d'enfants cherchent-ils à maintenir autant que possible le mineur délinquant au foyer familial, en l'y surveillant grâce à des assistantes sociales ; c'est le système de la « probation ». Dans les cas d'infériorité mentale accentuée ou de délits graves et répétés, s'impose le traitement dans des institutions appropriées. En somme, les auteurs américains, se basant sur leur expérience, conseillent-ils le placement familial pour les filles délinquantes sans déficience mentale ou ne présentant pas d'habitudes sexuelles trop précoces ou trop enracinées ; au contraire, les enfants arriérées ou celles ayant une conduite particulièrement immorale sont justiciables d'un enseignement professionnel et vigilant dans des institutions spéciales.

LAUZIER.

Remarques sur quelques délinquants tardifs, par le Dr Marcel ALEXANDER. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1932).

La déchéance présénile, en amenant chez certains sujets un ralentissement de l'activité intellectuelle, une exagération de l'émotivité, aboutit à une diminution des sentiments sociaux et moraux. D'où la délinquance de ces sujets. M. Alexander a examiné 25 délinquants tardifs de ce genre, à la prison de Saint-Gilles, où il est médecin du service d'anthropologie pénitentiaire.

SENGÈS.

L'homme criminel et la Conférence Internationale de Droit pénal, par E. TOULOUSE. *La Prophylaxie Mentale*, Janvier-Février 1932.

A l'occasion de la dernière Conférence Internationale de Droit pénal, l'auteur indique les principes nouveaux de répression pénale que certains pays (Belgique, Suède, Italie) tendent déjà à substituer aux anciens. Au lieu de juger l'acte en soi, c'est d'abord la personne du criminel qu'il faudrait commencer par connaître, c'est l'individu qu'il faut examiner par des méthodes adaptées.

Quant à la peine, sa valeur préventive serait autrement efficace si au lieu d'un temps fixé d'après des règles strictes amendées ou aggravées par l'affectivité du jury, elle était remplacée par un traitement individuel, donc variable dans ses modalités, et propre à empêcher l'individu de nuire « *aussi longtemps qu'il restera en danger de crime* ».

A. COURTOIS.

Du meurtre comme crime émotionnel « normal », par H. HELWEG. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. 1 et II, 1932.

Le crime émotionnel peut être commis par un individu ayant subi une sommation de chocs affectifs commandant des réactions agressives, et cela en dehors de tout état pathologique. L'auteur cite quelques exemples de sujets criminels, victimes d'une longue suite de brimades, de vexations et d'injures, ou encore atteints d'une jalousie provoquée par les manœuvres systématiques de l'objet d'une passion amoureuse.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 décembre 1932*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique auront lieu le *jeudi 22 décembre 1932*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 janvier 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 23 janvier 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie.

M. le Dr Pierre KAHN, *membre titulaire*, assistant à l'Hôpital de la Pitié, Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre.

M. le Dr Giulio Cesare FERRARI, *membre associé étranger*, Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Bologne, directeur de la *Rivista di Psicologia*.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr TERRADE, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'Or :

M. GASPA, directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux.

Nominations.

M. le Dr BOURILHET est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Moulins (Allier) ;

M. le Dr ROCHAIX est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Bron (Rhône), poste créé ;

M. le Dr LÔO est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le Dr DANIEL est nommé directeur administratif de la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure ;

M. MAZERAN est nommé directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Vacances de postes.

Sont déclarés vacants :

le poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Moulins (Allier) ;

le poste de médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIIe Session (Rabat 7-13 Avril 1933).

La XXXVIIe session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Rabat* (Maroc) sous la présidence de M. le professeur GUILLAIN, Membre de l'Académie de Médecine, du **7 au 13 avril 1933**, au lieu des dates précédemment indiquées. D'importantes réductions ont été accordées sur les tarifs par les Compagnies de Chemins de fer et de Navigation, tant en France et au Maroc qu'en Espagne, ainsi que par l'Aéropostale pour les trajets en avion Toulouse-Rabat et Casablanca-Rabat. Le programme de cette session sera publié dans le numéro de *décembre* des *Annales Médico-Psychologiques*.

XXXVIIIe et XXXIXe sessions.

Par lettre en date du 16 novembre 1932, M. l'Ambassadeur de Belgique a bien voulu porter officiellement à la connaissance du Secrétaire général du Congrès que le Gouvernement belge, en réponse au désir qui en a été exprimé, serait heureux que les Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française tiennent leurs assises à Bruxelles en 1935, à l'occasion de l'Exposition Internationale (XXXIXe session).

D'autre part, M. le Doyen Jean Lépine, de la Faculté de Médecine de Lyon, a bien voulu confirmer au Secrétaire général que le vœu exprimé par le Conseil d'Administration et par l'Assemblée générale du Congrès de tenir à *Lyon* une prochaine session du Congrès, pourrait être réalisable en 1934 (XXXVIIIe session).

Demandes d'admission comme membre titulaire de l'Association.

Pour être *membre titulaire* de l'Association, dite « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française », association reconnue d'utilité publique par décret du 23 août 1932, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration.

Le nombre des membres titulaires n'est pas limité. La *cotisation annuelle* est de soixante-quinze francs. Elle peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle (art. 3 des Statuts).

Les membres titulaires sont inscrits d'office à toutes les sessions du Congrès. Leur cotisation annuelle les dispense de verser une cotisation à chacune de ces sessions. Ils reçoivent, dès leur publication, les programmes, comptes rendus des sessions, etc.

Les demandes d'inscription doivent être adressées au *Secrétaire général* [Dr René Charpentier, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine)].

ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

L'Assistance psychiatrique en Algérie.

On lit dans une très intéressante communication présentée à l'*Académie de Médecine* (séance du 22 novembre 1932), par M. le Médecin-Inspecteur général Lasnet, en mission au Gouvernement général de l'Algérie :

« L'*Assistance aux aliénés* était particulièrement urgente à organiser parce que les asiles de la métropole ne peuvent plus désormais recevoir les malades d'Algérie et que, chaque année, nous en avons environ 380 à interner.

« Avec l'aide du professeur Porot, un plan a donc été dressé et il est déjà en exécution : un hôpital psychiatrique de 720 lits est mis en construction à Blida et, dans quelques semaines, nous disposerons déjà de 100 lits ; à Alger, Oran, Constantine, des services pour malades aigus avec dispensaire psychiatrique et service social sont prévus, celui d'Alger va

ouvrir ; à Oran et Constantine, les projets sont à l'étude, les crédits sont accordés et la réalisation est prochaine.

« L'*Assistance aux enfants anormaux* a été étudiée parallèlement avec la collaboration du Dr Dumolard, et les délégations financières viennent d'accorder deux millions pour les quartiers d'enfants anormaux à installer en quelques hospices des départements. » [*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, tome CVIII, n° 35, pages 1305, 1306].

L'Assistance psychiatrique à la Martinique.

Dans un rapport en date du 15 mars 1932, M. le Directeur du Service de Santé de *La Martinique,* insiste sur l'utilité de la création d'un asile d'aliénés dans les environs de Fort-de-France, de préférence à la campagne.

Le projet sommaire comprend 228 lits, par pavillons séparés, ayant chacun un maximum de 30 lits, répartis sur un terrain de 6 à 7 hectares. Les pavillons sont des rez-de-chaussée légèrement surélevés, sans véranda, avec une seule entrée, et prévus pour être, si besoin est, allongés ou surélevés sans modification du plan d'ensemble. Le crédit à prévoir est évalué à cinq millions. On trouvera des extraits de ce rapport dans le numéro de novembre 1932 de l'*Aliéniste français* (pages 565 et 566).

NÉCROLOGIE

J. Babinski (1857-1932).

Quoique M. Babinski n'ait pas fait partie de la Société Médico-Psychologique, son esprit scientifique fut d'une telle envergure que son influence se fait sentir en psychiatrie en même temps qu'elle domine la neurologie. MM. Guillain, Vaquez, Clovis Vincent, Marcel Labbé, Lévy-Valensi, Monier-Vinard, Logre, etc..., ont parfaitement montré quel observateur fut Babinski et quelle est la grandeur de son œuvre universellement connue et admirée.

Cette unanimité si rare tient à la perfection de la méthode d'observation clinique de Babinski. Très scrupuleux, douteur même, il n'admettait quelque chose pour vraie qu'à la seule condition qu'elle lui parût évidemment être telle, selon la règle cartésienne. Rigueur dans l'observation, objectivité dans l'interprétation, précision et concision dans la notation du fait, telles sont les qualités qui font des travaux du maître autant de documents où rien n'est à retrancher. Il n'y a guère que Laennec qui soit dans le même cas.

Je n'en donnerai qu'un exemple: le 22 février 1896, à la *Société de biologie,* M. Babinski décrit ainsi le signe des orteils : « J'ai montré qu'à l'état normal, sauf dans la période qui s'étend approximativement de la naissance jusqu'au moment où la marche devient correcte, l'excitation de la plante du pied, quand elle détermine, ce qui est la règle, un mouvement réflexe des orteils, provoque toujours une flexion. Or, en cas de perturbation du système pyramidal, l'excitation de la plante du pied provoque ordinairement l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. » Selon la remarque de G. Guillain, toute une séméiologie nouvelle, dont les conséquences pratiques ont été incalculables, est contenue dans ces quelques lignes. Et cependant, quand j'étais son élève à la vieille Pitié, en 1897,

M. Babinski nous faisait remarquer que sa note de l'année précédente était passée presque inaperçue. Il lui fallut revenir sur la question pour la faire mieux connaître, comprendre, apprécier. Les foules, les médicales comme les populaires, aiment les « fugues ». Il faut leur répéter les motifs.

La même méthode de précision objective se retrouve dans la révision de l'hystérie. Au lieu de se perdre dans des interprétations doctrinales, M. Babinski, fidèle à la pure méthode hippocratique de Laennec et de Charcot, reconnaît hystérique tout symptôme pouvant être reproduit par la volonté avec une exactitude suffisante et susceptible de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce double critère a la valeur d'une réaction colorée dans une analyse de sels. Il n'épuise pas toute la phénoménologie des malades, comme dans un mélange de sels la réaction colorée ne les qualifie pas tous, mais il distingue objectivement dans les complexes cliniques ce qui est hystérique de ce qui ne l'est pas.

Et c'est par là que la méthode de M. Babinski est d'une telle importance en psychiatrie. L'objectivité psychiatrique a été saisie par les grands aliénistes, mais sans lui donner toujours la place qu'elle mérite, la première. Cette objectivité s'étend même à ce qui paraît lui échapper : le langage. Les disques phonographiques pris en liaison avec des films cinématographiques et analysés ensuite au ralenti donnent des clartés diagnostiques qui découlent directement de la méthode de Babinski.

Le grand public intuitivement saisissait cette liaison neuro-psychiatrique et il assaillait M. Babinski de consultations de psychopathes.

Je sais bien que c'est le sort de tous les neurologistes, car le psychopathe et surtout sa famille ne va pas chez l'aliéniste. Mais dans le cas particulier le psychopathe avait raison.

L'œuvre neurologique de Babinski est immense ; elle embrasse toute la neurologie, qu'elle a renouvelée en grande partie dans les affections cérébelleuses, les compressions médullaires, les névrites périphériques, les syndromes pédonculaires et bulbo-protubérantiels. En endocrinologie, M. Babinski a publié la première observation de syndrome adiposo-génital par insuffisance tubéro-hypophysaire. Et en France il fut l'animateur de la neurochirurgie en engageant T. de Martel et Clovis Vincent dans cette voie.

Et maintenant, son beau corps repose dans le petit cimetière de Montmorency, coin de terre de l'Ile-de-France, consacrée aux morts de Pologne, quand la Pologne était morte. Maintenant qu'elle revit, et que son enfant, qui naquit à Paris d'un père qui s'était exilé, eut le bonheur d'assister à cette résurrection, la gloire de J. Babinski est un lien de plus entre la Pologne et la France. Evoquant le souvenir de mon maître, je n'ai pas cité ses grades ni ses honneurs, car il est de ceux qu'ils ne grandissent pas. C'est lui qui les grandit.

Et comme presque tous les nobles esprits, il était bon. Son œil, où perçait l'intelligence, s'éclairait doucement au sourire de sa bouche, quand il était en confiance. Avec les étrangers, son abord était un peu froid. Mais on connaît bien cette soi-disant froideur, faite d'un peu de timidité et de beaucoup de chaleur de cœur, qui se refoule. Cette chaleur de cœur faisait délicieuse l'amitié des deux frères. Ils vivaient l'un pour l'autre, presque l'un par l'autre. Ils pourraient redire le mot de Montaigne sur La Boëtie : « Parce que c'était moi ; parce que c'était lui. » Aussi, quand Henry mourut, en 1931, Joseph ne s'en consola pas et partit le rejoindre en 1932.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Pierre Kahn (1881-1932).

Le jeudi 27 octobre, à 9 heures du matin, comme il s'apprêtait à venir faire son service à la Pitié, mon cher ami, Pierre Kahn, fut brutalement terrassé par une angine de poitrine. Il avait eu un peu de fièvre la semaine précédente, mais la veille encore nous avions examiné une malade ensemble.

La douleur, que j'ai ressentie de la perte d'uu tel collaborateur qui était un camarade, s'augmente encore de la soudaineté de sa mort.

Reçu interne des hôpitaux en 1905, dans la promotion de Monier-Vinard, Sézary, Lian, Milhit, Clovis Vincent, Harvier, Abrami, il aurait pu, comme ceux-ci, devenir médecin des hôpitaux. Mais la fortune est jalouse. Quand elle donne beaucoup d'un côté, on dirait qu'elle reprend de l'autre. Pierre Kahn, très justement, considérait le travail comme une nécessité pour l'équilibre dans la vie. Mais certains, qui le savaient riche, ne voulurent voir en lui qu'un amateur.

Et pourtant, pendant son internat avec Chantemesse, Deny, Dupré, et pendant son clinicat avec le Professeur Gilbert Ballet, il montra ses qualités d'observateur et de régularité de travail, en mettant en évidence les réactions salutaires aux injections de nucléinate de soude avant la vogue de la théorie des chocs, en renouvelant dans sa thèse sur la cyclothymie les idées de l'humorisme relatives aux alternances morbides qu'on voit chez nombre de déprimés, d'anxieux, d'asthmatiques, d'urticariens, d'eczémateux, de goutteux, et en présentant, au fil des jours, dans les Sociétés de psychiatrie, les cas intéressants qu'il avait remarqués.

Pendant la guerre, fait prisonnier, il subit d'une âme égale une longue captivité, qui peut-être mina sa santé sans en rien laisser paraître.

Devenu l'assistant de Josué dans le service ouvert des délirants de la Pitié, il contribua à me faire venir et me fixer dans cet hôpital.

Sa collaboration avec moi fut toujours des plus affectueuses. L'an dernier, au lendemain de mon élection au professorat, il sut trouver des mots qui m'allèrent au cœur parce qu'ils en venaient.

Nous avons travaillé et publié ensemble. Aussi je n'insiste pas sur ce côté; mais je rappelle qu'il fit récemment un petit manuel de psychiatrie, qui est un excellent guide de la route pour les débutants.

Solide, bien campé, l'œil vif, la voix claire, le geste net, le sourire franc, Pierre Kahn s'avançait bravement dans la vie, sans peur et sans reproche. Adoré des siens et de son personnel, il ne disait jamais de mal de personne; car jamais l'*invida medicorum*, si fréquente, n'effleura son cœur.

Et maintenant que son départ si brusque a brisé un ménage des plus unis, je prie sa femme de trouver dans ces lignes trop courtes l'expression de ma respectueuse sympathie pour son grand deuil et de ma profonde affection pour son cher mari. J'adresse aussi à ses deux filles, à son fils, les condoléances émues de tous les membres de la Société médico-psychologique, dont il faisait partie.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Giulio Cesare Ferrari (1868-1932).

Un deuil pénible frappe le monde psychiatrique international. Le professeur G. C. Ferrari, de Bologne, est mort subitement le 21 octobre dernier, à l'âge de 64 ans. Sa carrière fut d'une prodigieuse activité. Dès ses débuts, il se destina à la psychiatrie, fut nommé médecin d'asile, dirigea ensuite l'Institut médico-pédagogique de Bertalia, puis l'hôpital psychiatrique d'Imola, où il donna toute sa mesure comme organisateur de l'assistance aux malades, développa le régime familial, la thérapeutique par le travail, les cours d'instruction professionnelle aux infirmières. Intéressé par les problèmes de la criminalité devant lesquels l'avaient placé ses études sur les enfants anormaux, il participa activement, dans ces dernières années, aux travaux de la réforme du Code Pénal italien.

La psychologie expérimentale, qu'il enseignait à l'Université de Bologne, représentait son activité scientifique. Il créa à Reggio Emilia le premier laboratoire italien de psychologie expérimentale. Sa « Rivista sperimentale di Psicologia » reste un document important, dans l'histoire de la psychotechnique notamment.

Directeur de l'hôpital psychiatrique de Bologne, il y avait organisé avec tout son cœur et toute sa science un patronage remarquable pour les malades mentaux.

Depuis trente ans, on rencontrait Ferrari dans tous les Congrès psychiatriques. Il participait en 1902 au Congrès International de l'Assistance des aliénés à Anvers, où il luttait avec son maître Tamburini, pour les réformes psychiatriques modernes. Il fut un des membres actifs du Comité International pour l'étude des causes des maladies mentales, qui s'est récemment fusionné avec le Comité International d'Hygiène Mentale. Il était présent à toutes les réunions internationales et européennes d'hygiène mentale à Paris et représentait brillamment son pays au Premier Congrès International d'Hygiène Mentale à Washington, il y a deux ans.

La disparition prématurée et brusque de cet homme d'élite laisse un vide dans la famille psychiatrique internationale. Nous adressons à sa mémoire un souvenir ému, aux siens nos très respectueuses condoléances.

A. L.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 45.317

Tome II. — N° 5 Décembre 1932

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

QUELQUES SOUVENIRS D'UN PASSÉ RÉCENT

PAR

René SEMELAIGNE



Avec le temps qui fuit, s'efface vite le souvenir des jours disparus, et plus d'un, dans la génération nouvelle, ignore bien des choses d'un passé récent. Aussi, n'est-il pas sans intérêt de jeter parfois un regard en arrière, et je voudrais évoquer ici la mémoire d'hommes dont on ne parle guère aujourd'hui ; ils ont eu, pourtant, dans le monde aliéniste, leur heure de notoriété, et mes contemporains les ont connus. Cinq d'entre eux font l'objet de cette brève notice ; ils s'appellent Dumesnil, Campagne, Baume, Berthier, et Bouchereau.

Edouard-Jean-Baptiste Dumesnil, né à Coutances en 1812, fit à Paris ses études médicales, et fut reçu interne des hôpitaux, quatrième de sa promotion, le 24 décembre 1839. C'est seulement après avoir soutenu sa thèse qu'il se sentit attiré vers l'étude des affections mentales, et il était, en 1847, nommé directeur médecin à Saint-Dizier. Deux ans après, Ferrus, qui avait remarqué ses qualités administratives et son énergie, le fit envoyer à l'asile de Dijon, avec mission de mettre un terme aux difficultés soulevées sans cesse par l'administration départemen-

tale. Ses deux prédécesseurs avaient dû donner leur démission. Dumesnil réussit à s'imposer. Ayant rétabli l'ordre à Dijon, il était appelé, en 1852, à la direction du nouvel asile de Quatre-Mares. Il devait y rester vingt ans, et se montrer, suivant les circonstances, médecin, architecte, administrateur, agronome. Dévoué à ses malades, il avait adopté comme maxime : guérir ou soulager souvent, aimer et consoler toujours.

Malgré ses nombreuses occupations, il ne négligeait pas les travaux scientifiques, et il publiait en 1860 une note sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille. Peu après, il signalait le délire prodromique de certaines affections aiguës, délire le plus souvent maniaque, et parfois mélancolique avec hallucinations ; il lui semblait utile d'attirer l'attention sur ce point, le médecin appelé auprès du malade n'étant généralement pas un spécialiste.

Aux colonies avec placement familial, il préférait les asiles éloignés des grands centres et possédant, comme annexes, de vastes terrains ; mais on ne saurait transformer aisément en agriculteur un ouvrier des villes, et « la maison d'aliénés qui marchera dans les meilleures conditions économiques sera celle où le plus grand nombre de professions seront représentées, et où aucune ne primera les autres. »

Mais il est des établissements où, faute d'espace et de terrain, beaucoup d'aliénés restent oisifs, et Dumesnil pense qu'on pourrait les occuper et former des équipes, surtout parmi ceux qui, n'ayant pas de relations familiales, peuvent être éloignés des villes ; et il serait facile de leur adjoindre les « êtres déshérités d'intelligence, mais valides, disséminés dans les hospices ou errants. » Ces groupes, placés sous une bonne direction administrative, seraient en mesure d'exécuter de nombreux travaux.

Fréquemment appelé comme expert auprès des tribunaux, il avait pour principe, s'il lui était donné de découvrir des cas d'aliénation chez les ascendants ou collatéraux directs de l'accusé, de chercher, malgré les apparences de lucidité « à incliner l'esprit du jury vers le sens de l'irresponsabilité, ou tout au moins d'une mitigation de peine », et il se déclarait heureux d'avoir réussi, souvent malgré le ministère public, à faire prévaloir son opinion. Notre devoir, disait-il, est d'éclairer les juges « et de ne pas nous laisser entraîner dans un de ces dilemmes comme savent en poser les magistrats instructeurs ».

Si le spécialiste hésite souvent, on doit se demander « comment d'autres pourraient toujours s'en tirer heureusement avec moins de temps, moins de moyens d'action, moins d'idées préconçues

et moins d'expérience ». Quand des magistrats sont chargés d'examiner un malade, celui-ci reçoit une feuille de papier timbré « où toutes ses extravagances sont parfaitement détaillées, et qui lui apprend qu'il faut en rendre compte tel jour et à telle heure » ; s'il a conservé une certaine lucidité, il a donc le temps de réfléchir, de prendre des notes, l'avantage est de son côté, et il semble souvent, au cours de l'interrogatoire, avoir recouvré la raison. D'autre part, le magistrat répète au greffier, pour qu'il les inscrive, les demandes et les réponses, et l'aliéné qui s'est laissé aller à parler de ses hallucinations s'arrête soudain, quand il s'aperçoit « qu'on veut prendre par écrit acte de ses paroles ». Une pareille méthode, dit Dumesnil, ne lui aurait jamais permis de connaître ses malades. Des notes individuelles étaient pourtant prises, mais à l'insu du sujet ; un des internes, dissimulé par l'entourage, était chargé de les recueillir. Mais on ne doit pas se contenter de faire parler les aliénés ; il en est, en effet, qui conversent sensément, mais divaguent « quand on les engage à consigner sur le papier leurs réflexions, leurs réclamations ».

Pour combattre l'alcoolisme, il proposait la réduction du nombre des cabarets, une surveillance minutieuse de la qualité des liquides, et l'interdiction et la vente des alcools de grain.

Lorsque Rousselin se démit de ses fonctions pour aller remplacer Calmeil à la Maison nationale de Charenton, sa succession fut offerte à Dumesnil. Celui-ci, après quelque hésitation, se décida, non sans regrets, à quitter l'asile de Quatre-Mares, et, le 15 octobre 1872, il était nommé inspecteur général du service des aliénés. Il avait comme collègues Constans et Lunier. Le premier devait sa nomination à des relations familiales, ayant épousé la sœur du maréchal Pélissier, mais il sut, par sa bienveillance, son équité, son aménité, gagner la sympathie et l'estime de tous ; conscient des lacunes d'une éducation médicale jusqu'alors limitée à la pratique courante, il voulut connaître non seulement les divers rouages des services administratifs, mais aussi les aliénés et leurs affections. Lunier, neveu, de Baillarger, était un aliéniste de race et de carrière. Dumesnil fit preuve, dans ce poste nouveau, d'une véritable maîtrise, et sut entretenir avec ses collègues, dans une tâche commune, des relations cordiales. Le plus connu et le plus important de leurs rapports est celui dont ils furent chargés pour l'exposition universelle de 1878 ; il comprend un historique de l'assistance et de la législation, un exposé de l'organisation du service médical dans les asiles, et les conditions générales du traitement des aliénés.

Dumesnil mourait le 24 octobre 1884.

Pierre-Norbert CAMPAGNE, né le 6 juin 1828, en Espagne, à Saragosse, fit ses études médicales à Montpellier ; entré comme interne à l'asile, dans le service de Cavalier, il y demeura plusieurs années. Sa thèse inaugurale, soutenue le 6 juin 1854, était intitulée : « De la prédisposition aux maladies mentales. » Désirant suivre la carrière des asiles, il adressait une demande au Ministre de l'Intérieur, le 15 juillet 1856. Peu après, un déplorable événement créait la vacance d'un poste au quartier d'aliénés de l'hospice d'Avignon. Le Dr Geoffroy, médecin en chef, était interpellé, au cours de sa visite, par un épileptique qui prétendait souffrir du pied, et il se baissait pour examiner le point douloureux quand il reçut au flanc un coup de ciseau. Il succombait, et Campagne était appelé à le remplacer, le 9 janvier 1857. Les malades se trouvaient encore enfermés dans le vieil hospice. « La situation de cet établissement au pied d'un rocher, dit Esquirol, l'expose à des accidents fâcheux, et lui donne un aspect pénible. Le sol pierreux, ingrat, laisse peu d'espoir de faire des plantations et d'y voir une végétation abondante, qui garantisse des ardeurs du soleil. Les cellules, au rez-de-chaussée, s'ouvrent sur une galerie, mais ne sont pas suffisamment ventilées. En général, les portes sont armées de barres de fer. Cet établissement, du reste, est remarquable par sa propreté.

Un asile, qui devait devenir départemental, commençait à s'élever sur les terrains de Montdevergues, achetés en 1839 par la Commission de l'hospice, pour la construction de bâtiments destinés aux convalescents. Campagne présidait lui-même, en 1862, à la translation des malades dans le nouvel établissement, et s'occupait activement de l'organisation du service médical.

La Société Médico-Psychologique avait choisi, en 1865, comme sujet du prix André, la manie raisonnante, et l'unique mémoire envoyé ayant été jugé insuffisant, la même question était à nouveau proposée. Campagne se décida à concourir, et, le 15 février 1867, son mémoire était récompensé, malgré certaines critiques du rapporteur. Tenant compte des observations, d'ailleurs bienveillantes, de Jules Falret, il se remit au travail et publia, en 1869, le livre sur la manie raisonnante, qui assura sa réputation.

Considérant la manie raisonnante comme une espèce nosologique distincte, il tient à la différencier de la folie raisonnante, vocable sous lequel on peut comprendre « tous les troubles psychiques, partiels ou généraux, expansifs ou tristes, non accompagnés de désordres considérables des facultés intellectuelles ». D'ailleurs, il juge impropre la dénomination de manie raison-

nante, et, s'il la conserve, c'est qu'il hésite devant la création d'un mot nouveau. Il élimine de ce cadre les délires mélancoliques et la folie circulaire. « C'est, dit-il, une maladie mentale simple, essentielle, primitive, idiopathique, pour le moins aussi fortement organisée que toutes les autres maladies du moral. »

Suivant la prédominence du sentiment de la personnalité, de la jalousie ou de l'égoïsme, il admet trois variétés : orgueilleuse, envieuse, égoïste.

Chez le maniaque raisonnant orgueilleux, la sensibilité morale n'est pas pervertie, mais presque nulle. Ces malades sont pleins d'eux-mêmes, immoraux et totalement dépourvus de scrupules, indisciplinés et indisciplinables, indifférents même pour leurs proches. Ils offrent donc une constitution morale incomplète, et ne sont autre chose « qu'un amas de passions et de mauvaises qualités gravitant autour d'un orgueil immense ». Ces êtres dangereux, haineux, soupçonneux, entêtés, hypocrites, intrigants et despotiques, sèment partout le trouble, le désordre et la discorde, et « constituent dans les asiles l'espèce vermineuse des aliénés ». Audacieux, mais poltrons et fortement attachés à la vie, ils ne sont portés ni au meurtre, ni au suicide, et leurs actions « toujours motivées ne sont, dans aucune circonstance, sous la dépendance directe d'un penchant instinctif, aveugle, irrésistible ; elles sont largement, sinon parfaitement raisonnées ». Dans leurs écrits se trouvent des digressions sans fin, de longues tirades et toujours des post-scriptum. D'une portée intellectuelle restreinte, ces malades ont dans l'entendement « plus d'apparence que de puissance ». Il leur est impossible de fixer l'attention sur un objet d'une façon quelque peu soutenue. L'intégrité de la perception s'unit chez eux à l'absence de toute fausse sensation, et leurs idées de grandeur sont « la conséquence inévitable du travail morbide de leur intelligence et de l'exagération de leur personnalité ». Ils les cachent d'ailleurs soigneusement.

Susceptibles, acariâtres, hargneux, trouvant tout défectueux, les maniaques raisonnants égoïstes, « n'ont rien de grand, pas même dans leur délire ». Ils présentent fréquemment et par accès des idées hypocondriaques.

Les envieux voient de mauvaise grâce les avantages accordés aux autres, cherchent partout des sujets de critique, affectionnent les propos blessants, et leur attention est infatigable, « tant qu'elle sert les intérêts de la passion prédominante ».

Tous sont des prédisposés qui, fatalement, se trouvent entraînés à des excès de toutes sortes, et l'exaltation provoquée par les passions les conduit nécessairement à la folie, qui n'est pas, dans

leur existence, un accident, mais « le terme fatal intimement lié au passé ». Les crises, de durée plus ou moins longue, se présentent sous une forme rémittente, avec stades réguliers de bien-être, d'agitation et d'abattement. L'activité psychique se maintient longtemps intacte.

Persuadé que la source du mal doit être recherchée dans la vie des ascendants, Campagne s'enquérait de l'état mental des parents, des grands-parents, et, si possible, des bisaïeux, car la tare, chez les maniaques raisonnants, peut remonter « au moins à la quatrième génération ».

Considérant tout aliéné comme irresponsable, il n'admettait pas la responsabilité partielle, dont les conséquences devraient s'étendre à tous les maniaques raisonnants. « Selon nous, ces aliénés, malgré leur lucidité intellectuelle, ne sont pas responsables de leurs actes ; dépourvus de sentiment moral et n'ayant de la moralité qu'une idée vague, variable et sans consistance, ils ne sont pas en état de contrôler, et à plus forte raison d'arrêter, les impulsions énergiques et répétées qui proviennent de leurs passions. Toutes les fois que celles-ci sont en jeu, leur conscience disparaît, et avec elle leur libre arbitre. » Ces malades étant incurables, l'intérêt général exige leur séquestration, mais ils sont difficiles, protestataires, et il faut, pour les contenir « savoir unir à la fermeté la justice et la douceur ».

La médecine légale intéressait tout particulièrement Campagne. « C'est là surtout qu'il excellait, nous dit Pamard. Ses rapports sont un modèle d'observation consciencieuse, méticuleuse même, et de calme discussion, amenant les plus sages conclusions. Aussi avait-il acquis une autorité indiscutable ; dans toutes les affaires qui tenaient de près ou de loin à la médecine mentale, il était l'expert désigné, non seulement dans le ressort de la cour de Nîmes, mais dans les ressorts voisins ».

Admis à la retraite le 1er septembre 1892, il ne put se résigner à vivre loin de l'asile auquel il avait consacré de longues années d'un labeur assidu, et se fixa à Montfavet. C'est là qu'il devait mourir, le 19 décembre 1904. Il laissait des écrits divers dont aucun n'était terminé, entre autres une ébauche sur les caractères, des notes sur les affections mentales, sur la réforme de la loi du 30 juin 1838, et sur la nécessité de créer des établissements intermédiaires entre l'asile et la prison.

Né le 20 octobre 1828 à La Javie, chef-lieu de canton du département des Basses-Alpes, Irénée-Célestin Baume commençait de bonne heure ses études médicales, et entrait comme

interne, en 1851, à l'asile de Maréville. Il eut la bonne fortune d'y rencontrer deux initiateurs hors ligne, Morel et Renaudin, et put vite acquérir, à l'école de tels maîtres, les qualités cliniques et administratives qui devaient plus tard le faire remarquer. En 1854, dans une thèse sur la guérison des maladies mentales, soutenue devant la Faculté de Paris, il insistait sur l'influence favorable des phénomènes critiques, et prônait la recherche, au point de vue thérapeutique, des procédés employés par la nature médicatrice. Attaché ensuite pendant six mois au quartier des aliénés de l'hospice de Montauban, il passait comme médecin adjoint à l'asile de Quimper, dirigé par Follet, dont il devait bientôt devenir le gendre, et quelques années plus tard, le successeur.

L'assistance des aliénés fut toujours une de ses principales préoccupations. Comme le travail lui paraissait être un des plus puissants moyens de guérison, il préconisait la création de fermes agricoles, méthode qu'il s'efforça d'appliquer à l'asile de Saint-Athanase, en commençant par établir, dans une propriété mise à sa disposition aux environs de Quimper, une petite colonie composée de douze aliénés et de trois surveillants. Ses visites y étaient fréquentes et, à la moindre alerte, il ordonnait le retour à l'asile des sujets suspects. Puis fut louée une ferme de seize hectares avec bail de vingt ans. En règle générale, l'achat par le département lui semble préférable, sinon les asiles n'auraient qu'à emprunter. Ainsi, « à l'aide d'un emprunt de 70.000 fr., nous venons de réaliser, à l'asile Saint-Athanase, un système hydraulique élevant à 45 mètres de hauteur 60.000 mètres cubes d'eau par jour, une meunerie-boulangerie, une buanderie à la vapeur, des bâtiments de ferme, un service complet d'hydrothérapie. Les économies annuelles sont au moins de 8.000 fr., l'emprunt sera éteint dans 10 ans ». Il regarde la demi-liberté accordée aux colons comme un temps d'épreuve avant le renvoi dans la famille. Les lignes suivantes résument d'ailleurs ses idées sur l'assistance : « Conserver l'asile comme lieu de traitement pour augmenter le nombre des guérisons ; renvoyer avec une prudente réserve dans leurs familles les incurables qui paraissent inoffensifs ; créer à côté de l'asile, pour les convalescents et les aliénés paisibles, une annexe agricole qui, par l'augmentation progressive des produits, permette de diminuer la subvention départementale ; augmenter la liberté individuelle et le pécule des aliénés, pour les amener, par une sage transition, à l'usage de la liberté. » Son habile direction était justement appréciée et, dans leur rapport sur le service des aliénés, Constans, Dumesnil et Lunier écrivaient en 1874 : « L'asile de Quimper est devenu un

modèle sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention des administrateurs et des aliénistes. »

Mais l'assistance accordée au cours de l'internement lui semblait insuffisante, si elle devait cesser brusquement dès la sortie. La découverte, dans le voisinage de l'asile, d'un abondant gisement d'argile, lui suggéra l'idée d'y installer une briqueterie-tuilerie, dont les bénéfices seraient affectés à la création d'une société de patronage pour les indigents, guéris ou convalescents. L'usine ayant été construite et le projet discuté et voté par le Conseil général, il écrivait en 1882 : « Notre but est atteint, notre œuvre est debout. Elle est de celles qui semblent prédestinées au succès. » Mais il vit s'unir et se dresser contre elle tous les intérêts qui se prétendaient lésés.

Baume, dans ses rapports avec les magistrats, avait su faire apprécier son expérience, son esprit net et précis, et il était devenu le médecin légiste le plus réputé de la région. Considérant les condamnations atténuées comme une flétrissure injustifiée, il réclamait la création d'un asile spécial, « où l'admission comme la sortie seraient soumises à la sanction de l'autorité judiciaire ». Fondé par l'Etat, les dépenses seraient réparties entre les départements, les communes et les familles.

Un point de droit, non encore discuté et sur lequel il appela l'attention de ses collègues, le préoccupait. Un médecin, ayant soigné comme aliénés des membres de la famille de l'inculpé, a-t-il le droit de dévoiler le fait, pour sa défense, sans violer le secret professionnel ? « La question posée en ces termes, répondait Morel, est plus difficile à résoudre qu'on pense. »

Admis prématurément à la retraite en 1883, Baume s'était retiré à Elven, dans le Morbihan, mais il n'y demeura pas inactif, préoccupé surtout par les idées dont il restait l'apôtre : l'organisation de colonies agricoles, qu'il désirait distinctes, dépendantes et aussi rapprochées que possible des asiles, et le patronage des aliénés à leur sortie.

Il mourait le 18 août 1890. C'était, nous dit Ritti, « un honnête homme, dans la plus large acception du mot. Bon, bienveillant et surtout bienfaisant, il plaisait par ses belles qualités morales, par sa passion pour l'amélioration du sort des malheureux, et par son ardeur pour les réformes sages et pratiques ».

Pierre BERTHIER, né le 17 septembre 1830 à Sennecy, département de Saône-et-Loire, commença jeune ses études médicales, et, à peine âgé de vingt ans, était appelé par son oncle Girard de Cailleux à l'asile d'Auxerre, pour y remplir les fonctions d'interne ; il y resta plusieurs années. En 1853, il obtenait le prix

Esquirol, dont Etienne Mitivié avait assuré le maintien, confiant son attribution à la Société Médico-Psychologique ; elle l'accordait alors au meilleur recueil d'observations sur les maladies mentales et nerveuses. Le sujet traité par Berthier devait être l'origine de sa thèse, soutenue devant la Faculté de Montpellier, le 7 janvier 1857 ; elle avait pour titre : « De la nature de l'aliénation mentale d'après ses causes, et son traitement. » Il divisait les causes en physiologiques ou viscérales, intellectuelles ou cérébrales, sympathiques ou organiques, négatives ou nutritives. A la fin de l'année, il était nommé médecin des asiles Saint-Lazare et Sainte-Madeleine à Bourg. Les sept ans passés dans la Bresse furent consacrés à l'amélioration du sort des malades, et à la préparation de notices relatant les particularités les plus intéressantes qu'il lui fut donné d'observer. Il voulut aussi, comme l'avait fait Esquirol, connaître les asiles de France, mais les temps étaient autres, et ses constatations furent plus réconfortantes que celles de l'illustre aliéniste.

Ayant déjà remarqué, pendant son séjour à Auxerre, les bons effets du travail, il le considérait comme une méthode, non seulement hygiénique et morale, mais encore susceptible de fixer la réflexion et de ramener le raisonnement. Cependant, la même besogne ne lui paraissait pas convenir à tous les malades, et elle devrait varier suivant les circonstances. « Le travail, disait-il, est un médicament d'ordre supérieur, et dont l'emploi doit être ménagé. » Partisan des occupations au grand air, il reconnaissait l'avantage des fermes annexées aux asiles.

L'encombrement causé par les aliénés chroniques lui semblait le principal obstacle au succès d'une bonne thérapeutique, les médecins se trouvant dans l'impossibilité de donner les soins nécessaires aux malades curables. Les résultats du passé et du présent étant peu satisfaisants, il exprimait ainsi ses espérances : « Reconnaître dans la folie un état complexe psycho-somatique, grossir notre formulaire de tous les moyens susceptibles d'une action favorable au retour de la raison ; voir dans l'asile un lieu de passage, d'où les uns sortent guéris pour être rendus à la liberté, d'où les autres, devenus inoffensifs, rentrent dans leurs familles ou sont confiés à une succursale, tel s'offre à nos yeux l'avenir. »

Girard de Cailleux, grâce à la protection du baron Haussman, ancien préfet de l'Yonne, était devenu inspecteur général des aliénés de la Seine, et, pour faire venir son neveu à Paris, il attendait le moment propice. Or, Félix Voisin, sentant les atteintes de l'âge, désirait quitter le service où, le 4 septembre 1839, il avait remplacé Scipion Pinel, lui-même successeur de Lélut. C'est ainsi

que le 8 août 1865, Berthier devenait médecin de la première division des aliénés à Bicêtre. Entre le nouveau chef de service et son prédécesseur, le contraste était frappant. Si Voisin paraissait impétueux, exubérant, fantasque et naïvement orgueilleux, Berthier se montrait calme, simple et modeste ; mais tous deux faisaient également preuve, vis-à-vis des malades, de dévouement et de bonté.

Berthier, qui depuis près de quinze ans avait habité l'asile, tint à résider à Bicêtre. Se souvenant de ses débuts, il estimait nécessaire, pour ceux qui désirent bien connaître les affections mentales, un séjour actif dans un établissement spécial. Sans ce stage, l'éducation lui semblait incomplète. « Il faut, disait-il, avoir vécu au milieu des fous pour savoir ce qu'offrent à l'étude leurs mœurs, leurs caractères, leurs habitudes, pour comprendre l'atmosphère dans laquelle ils respirent, les accidents auxquels ils sont exposés, la pathologie qui les concerne. »

Le défaut d'entente entre les aliénistes sur l'emploi des termes usités l'avait frappé, et il demandait que l'on en fixât le sens, la valeur et l'étendue, cette tâche lui paraissant incomber à la Société Médico-Psychologique. Mais, tout en réclamant plus de précision, il ne put lui-même résister à la tentation de créer des termes nouveaux. Une bonne classification des maladies mentales ne devant, suivant lui, prendre pour base ni l'anatomie, ni la physiologie, ni l'étiologie, ni la symptomatologie, ni la psychologie, il s'efforce de l'appuyer sur ce qu'il appelle l'analyse clinique. D'après ce système, il divise d'abord les folies en stachiomanie, ou folie rudimentaire, physiomanie ou folie instinctive, logomanie ou folie raisonnée, plexomanie ou folie stupide, polymanie ou folie composite, holomanie ou folie générale, zoomanie ou folie bestiale, tératomanie ou folie monstrueuse, A ce groupe de délires vésaniques ou folies proprement dites, il ajoute les délires vésaniformes ou folies secondaires (épileptiques, paralytiques, hystériques, toxiques, puerpérales, etc.), et les délires accessoires (fièvres, phlegmasies, traumatismes, etc.). Cet essai de classification n'obtint pas de succès, ce qui ne saurait nous étonner.

Berthier a beaucoup écrit, et abordé les sujets les plus divers, mais des occupations croissantes ne lui permirent plus, à un moment donné, de consacrer le même temps à l'étude. Absorbé le matin par son service à Bicêtre, il se rendait ensuite à une maison de santé, surnommée l'Oasis, et située à Thiais, entre Ivry et Choisy-le-Roi. Son dernier travail, paru en septembre 1877, concernait une jeune fille présentant des troubles nerveux divers avec dédoublement de la personnalité. Mais sa santé s'altérait progressivement. Le 10 décembre, la Société Médico-Psychologique,

informée de la gravité de son état, chargea Jules Falret et Legrand du Saulle de se rendre auprès de lui pour l'assurer de la sympathie de ses collègues. Il mourait le 20 décembre 1877, âgé seulement de quarante-sept ans.

Je me rappelle Berthier, le front largement dégarni, la barbe courte et taillée en pointe, gai, affable et souriant. Partout où il se présentait, il savait gagner l'estime et l'affection. « Sa bienveillance, nous dit Motet, était inaltérable ; son caractère doux et modeste rendait son commerce facile, et tous ceux qui furent en relations avec lui devinrent et restèrent ses amis ; heureux privilège d'une nature honnête, inaccessible à l'envie et qui, même dans les jours difficiles, conserve cette égalité sereine qui fait l'homme supérieur à sa destinée. »

Louis-Gustave BOUCHEREAU, né le 20 juin 1835 à Montrichard, dans le département de Loir-et-Cher, fit à Paris ses études médicales. Reçu interne des hôpitaux le 26 décembre 1863, il eut pour maître Jean-Pierre Falret, Charcot et Vulpian, et mit à profit ce long séjour à la Salpêtrière pour suivre également le cours de Baillarger. On trouve de lui. dans les archives de la Société de biologie et de la Société anatomique, des observations de ramollissement cérébral, avec description des lésions constatées à l'autopsie. A la fin de sa troisième année d'internat, il soutenait une thèse sur les hémiplégies anciennes.

L'asile Sainte-Anne ouvrait ses portes en 1867 ; Bouchereau et Magnan étaient nommés médecins du bureau central d'admission. C'est dans cet asile que devait durer pendant trente-trois ans, sans nuage aucun, une amitié née à la salle de garde de la Salpêtrière.

En 1870, attaché comme chirurgien au 136e bataillon de la garde nationale, il eut, au combat de Chatillon, la cuisse traversée par une balle, et reçut, pour sa belle conduite au cours de la guerre, la croix de la Légion d'Honneur.

Les médecins de Sainte-Anne, dès leur entrée en fonctions, avaient décidé d'organiser un enseignement clinique, mais certaines difficultés administratives, puis la guerre et le siège de Paris, avaient empêché la réalisation de leur projet. Le calme revenu, Bouchereau, Dagonet, Magnan et Prosper Lucas se réunirent pour établir un programme et se partager les sujets à traiter. Les auditeurs affluèrent et, à la deuxième réunion, la salle choisie devenait insuffisante. Mais une violente campagne de presse vint bientôt enrayer cette tentative d'instruction. Les médecins étaient pris à partie, on leur reprochait « l'exhibition des fous, la divulgation du secret professionnel », et les pouvoirs

publics étaient sommés de s'opposer à de tels errements. Les criailleries de certains folliculaires en imposent parfois et sont trop facilement admises comme un reflet de l'opinion ; le Préfet de la Seine crut devoir interdire, en 1874, les cours publics à Sainte-Anne. La Société Médico-Psychologique adressa aux ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique une protestation contre cette atteinte aux intérêts de la science, et après deux années de tergiversations, l'administration consentit enfin à retirer son *veto*. Bouchereau put donc reprendre ses leçons. « Ceux qui les ont entendues, nous dit Motet, savent avec quel soin elles ont été préparées. » Malheureusement, elles ne furent pas publiées. Il ne songeait, en effet, qu'à faire profiter les élèves de sa propre expérience, et n'avait pas d'ambition.

Nommé en 1871 membre titulaire de la Société Médico-Psychologique, il assistait régulièrement aux séances et prenait une part active aux discussions qui lui semblaient offrir quelque intérêt. C'est là que nous devons chercher, à défaut de cours imprimés, les opinions émises par lui sur certains points de la médecine mentale. Il s'élevait contre la confusion établie entre la folie héréditaire et la folie des dégénérés. On ne saurait en effet,, suivant lui, classer parmi les dégénérés le mélancolique qui, n'offrant aucune tare physique ou morale, et paraissant conserver l'intégrité de son intelligence, se suicide sous l'influence d'une impulsion irrésistible au même âge qu'un ascendant. Entre les deux folies, il reconnaît les différences suivantes : « La première obéit aux lois et aux transmissions ordinaires des autres maladies; elle peut s'arrêter, se transformer ou disparaître suivant les circonstances. L'hérédité, même accumulée, ne suffit pas pour faire cet être que l'on a désigné sous le nom de dégénéré, qui n'est pas toujours un héréditaire, qui présente de plus des lésions centrales, périphériques, congénitales ou acquises, encore mal déterminées. Avec Cotard, nous pensons que les dégénérés sont avant tout des congénitaux, des infantiles ou même des juvéniles ; leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance, et de présenter par conséquent des arrêts de développements et des malformations aussi bien au moral qu'au physique. » Il estimait parfois difficile de séparer nettement la transmission héréditaire de la maladie acquise, prenant comme exemple une alcoolique qui a allaité son enfant, et des parents qui auraient fait absorber au leur de l'alcool dès le bas âge.

Sur les instances de son ami Magnan, il avait supprimé dans son service tous les moyens de contrainte. Pourtant, dans une discussion consacrée au *no-restraint*, en 1880, il déclarait ne pas avoir encore la conviction d'être pleinement dans la vérité ; il

recourait donc à ce système à titre d'essai, estimant qu'il serait injuste de le condamner de parti-pris.

Suivant lui, on ne rendait pas suffisamment justice à Gall, qui avait placé dans le cerveau le siège unique des facultés intellectuelles, et posé, le premier, le principe des localisations. Malgré ses erreurs dans le dénombrement des facultés et sur la place attribuée à chacune d'elles, on doit admettre « que dans la masse cérébrale, chaque partie a une fonction particulière et qu'il s'y trouve autant de parties distinctes qu'il y a de facultés ». Cependant, Bouchereau ne croyait pas à l'immutabilité d'une théorie quelconque, en règle générale. « Dans la science, disait-il, il n'y a rien de définitif ; les théories aussi bien que la nature sont soumises à des transformations, à une évolution qui n'aura d'autres limites que la manifestation de la vie. »

Le Congrès des médecins aliénistes, à sa session de Blois en 1892, avait mis à l'ordre du jour la question des colonies d'aliénés. Le rapporteur préconisait la colonie annexée à l'asile, d'autres préféraient l'assistance des malades dans leurs familles, d'autres enfin le patronage chez des étrangers. Bouchereau reconnaissait l'encombrement des asiles et la nécessité de les débarrasser d'un excédent de malades, mais l'adoption d'un système ne lui semblait pas devoir forcément exclure les autres, chaque méthode pouvant se trouver appropriée à une catégorie différente de sujets.

Il avait, en 1879, été appelé à remplacer Prosper Lucas comme médecin en chef de la section des femmes à l'asile Sainte-Anne, et présidait la Société Médico-Psychologique en 1891, le Congrès des aliénistes en 1892. L'un des membres fondateurs de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, il s'était dévoué à cette belle œuvre de solidarité, et engageait vivement les jeunes à en faire partie, leur exposant non seulement la situation précaire de confrères tombés dans la gêne, ou la misère des veuves et orphelins, mais aussi leur propre intérêt, car nul ne saurait répondre de l'avenir. Nommé secrétaire du conseil en 1895, il présenta pendant quatorze ans, à l'assemblée générale, des rapports qui constituent, au cours de cette période, une histoire de l'association.

Il mourait le 21 février 1900. C'était, sous une apparence un peu bourrue, un homme excellent, aussi simple que modeste, universellement estimé ; il avait de nombreux amis et pas un ennemi. Sans crainte de se tromper, on peut lui appliquer ces paroles prononcées par lui sur la tombe d'Armand Semelaigne : « Il a toujours dédaigné ces faciles succès que l'homme obtient trop souvent en se diminuant lui-même. »

PSYCHOSE MIXTE

Délire hallucinatoire de compensation à double forme

PAR

J. CAPGRAS et E. JOAKI

Connues depuis longtemps, les psychoses associées ou combinées ont fait l'objet de nouvelles descriptions depuis que, grâce à Bleuler, l'aliénation mentale presque tout entière se réduit à deux vastes synthèses, la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive, elles-mêmes issues de deux grandes constitutions caractérisées, d'après Kretschmer, l'une par l'association du tempérament schizothymique à la structure leptosome, l'autre par l'association du tempérament cyclothymique à la structure pyknique. Malgré leur dissemblance, tant au point de vue physique que psychique, et bien que génératrices de maladies entièrement distinctes par leur évolution, ces deux constitutions, en apparence incompatibles, peuvent se mêler. Kretschmer a insisté sur ces alliages résultant d'un chargement hétérogène sur le même individu, c'est-à-dire, d'une double hérédité qui introduit des éléments cyclothymiques dans un tempérament schizothymique et inversement. Ce rôle important de l'hérédité dans les deux psychoses constitutionnelles, schizophrénie et psychose maniaque-dépressive, et la fréquence des chargements hétérogènes permettent de trouver autant de psychoses mixtes que de formes mixtes corporelles.

Ces psychoses mixtes que l'on pourrait appeler, à bon droit, schizomaniaques, si le Professeur Claude n'avait pas déjà employé ce terme dans un tout autre sens, s'observent dans la plupart de ces cas, d'un diagnostic souvent difficile, que l'on qualifie d'atypiques, parce qu'ils réunissent chez le même individu des symptômes ordinairement séparés. A vrai dire, les nuances que semblent imprimer au type dominant les éléments hétérogènes introduits par l'hérédité n'ont pas toujours une valeur fondamentale et relèvent peut-être simplement de ces

discordances si fréquentes dans la démence précoce. Aussi bien voit-on maintes fois ces anomalies superficielles disparaître, vite ou lentement. Nombre de psychoses atypiques perdent peu à peu leur complexité primitive et révèlent finalement l'existence d'une démence précoce, démence paranoïde en particulier. Il serait inutile de rappeler que, pendant plusieurs années quelquefois, la démence précoce débute par les signes d'une psychose maniaque-dépressive et que seule l'évolution démentielle permet de rectifier le diagnostic. En pareil cas, il semble peu vraisemblable d'admettre l'association ou la succession de deux maladies.

La notion de psychose mixte apparaît plus légitime si l'on accepte, avec le Profesesur Claude, de morceler le groupe des schizophrénies, d'isoler la démence précoce de Kræpelin et de séparer également paranoïa et psychasthénie, contrairement à l'opinion de Bleuler et de Kretschmer. Paranoïa, psychasthénie, psychose maniaque dépressive ont entre elles des affinités beaucoup plus évidentes qu'avec d'autres psychoses schizophréniques et l'on sait que certains auteurs ont tenté de les réunir en un seul faisceau de psychoses affectives dont le lien est plus serré qu'entre une démence hébéphrénique et un délire de revendication par exemple.

Les délires systématisés secondaires à la manie et à la mélancolie, longuement étudiés jadis, oubliés maintenant, représentent la forme la plus nette de ces psychoses mixtes. Il est des cas ou il ne s'agit pas d'alliages à proprement parler, mais d'association comparable à celle de ces délires multiples chez le même individu, autrefois décrits par Magnan. Les deux maladies ne se fusionnent pas, mais évoluent parallèlement, sans intrication de leurs symptômes, à tel point que le diagnostic diffère suivant le moment de l'observation. Mais dans d'autres cas, véritablement mixtes ceux-là, il y a interpénétration des syndromes. Le plus souvent, c'est la mélancolie qui débute et fait place ensuite à un délire mystique ou à un délire de persécution grâce au remplacement de l'état dépressif par un état hypersthénique. En d'autres circonstances, c'est un délire d'interprétation qui se développe d'abord, mais est exacerbé périodiquement et modifié dans son expression par un accès maniaque. Celui-ci suscite alors l'apparition, passagère ou définitive, d'idées de grandeurs et même d'hallucinations. L'excitation intellectuelle multiplie et précise à la fois les rêveries délirantes, les rend quasi-automatiques, et suscite des idées d'influence ainsi que la croyance à la réalité extérieure des phénomènes.

Habituellement, dans ces psychoses mixtes, le facteur paranoïaque possède le rôle primordial, organise et fixe le thème délirant. L'élément cyclothymique ne joue qu'un rôle accélérateur ou frénateur des manifestations idéo-affectives. Tantôt l'hyposthénie prédominante, jointe à l'inquiétude, favorise la prolifération de questions et d'interprétations hésitantes, mais empêche la certitude définitive et gêne la systématisation. Tantôt, au contraire, l'hypersthénie conduit à la conviction rapide, à la rigidité, aux fabulations mégalomaniaques, lesquelles s'ajoutent aux idées de persécution sans les effacer. Le caractère paranoïaque, loin d'être étouffé par le caractère cyclothymique, s'exalte, se développe sous l'aiguillon de ce dernier. La paranoïa, même lorsqu'elle éclot à l'occasion d'un accès maniaque ou mélancolique n'en poursuit pas moins sa marche habituelle.

Dans d'autres cas, au contraire, c'est l'élément cyclothymique qui l'emporte sur l'élément paranoïaque, malgré la prédominance antérieure de celui-ci. La constitution originelle en effet, loin d'être immuable, se modifie dans sa complexité, au cours de la vie, sous de multiples influences. Elle peut s'accroître dans l'une de ses parties, au détriment des autres, soit progressivement, soit même brusquement. Tel individu que ses qualités semblaient appeler à devenir franchement paranoïaque peut, après des chocs répétés, ou un choc violent, verser dans la psychose maniaque-dépressive. Le *substratum* paranoïaque ne se traduit plus, alors, que par des interprétations, des pseudo-hallucinations subordonnées à la nature expansive ou dépressive de l'accès périodique qui prend l'aspect, tour à tour, d'une manie ou d'une mélancolie délirante, au fond desquelles se maintient, dans la certitude ou dans le doute, une idée prévalente.

Il n'est pas toujours facile de saisir les nuances qui caractérisent ces psychoses mixtes et il est évidemment commode de se contenter du diagnostic de schizophrénie. Aussi, quand on rencontre un cas où l'association dite schizocyclothymique se montre dans toute sa netteté, n'est-il pas inutile de le retenir. C'est pourquoi nous croyons intéressant de publier l'observation suivante d'une malade que nous suivons de très près depuis un an et qui met en relief d'une part l'alternance des symptômes, d'autre part le caractère spécial des hallucinations.

Il s'agit d'une psychose nettement réactionnelle, psychose de sensibilisation, psychose de désir, paranoïa sensitive de Kretschmer, délire de compensation des plus caractérisés chez une paranoïaque jalouse et hypocondriaque, mais délire à double forme, expansif d'abord, dépressif ensuite, et qui a été déclanché par une violente émotion.

Mme D..., Aline, est âgée de 44 ans à son entrée dans le service, le 2 décembre 1931. Elle se présente sous l'aspect d'une déprimée hypocondriaque et réticente : réponses lentes, monosyllabiques, intermittentes, à voix basse. Elle reproche à son mari de l'avoir fait interner parce qu'elle faisait du spiritisme, « alors que de grands savants en font qui ne sont pas aliénés pour cela ». Peu à peu, cependant, elle devient plus confiante, plus loquace, et au bout de quelques jours, les renseignements qu'elle nous donne, joints à ceux de son mari et aux documents écrits qu'il nous communique, permettent de reconstituer son histoire. Antécédents héréditaires : le père a eu un transport au cerveau pendant quelques jours ; mort à 63 ans de congestion.

C'est une femme intelligente, qui a reçu une instruction primaire supérieure. Une seule grossesse : accouchement à 20 ans. Hystéropexie consécutive. Depuis, cessation des rapports sexuels, sur ordre du médecin, dit le mari. Celui-ci prend une maîtresse, au su de sa femme. Quelques scènes à ce sujet : jalousie intermittente. Caractère difficile, ombrageux, coléreux, agressif, franchement paranoïaque depuis trois ou quatre ans. Se croit persécutée par tout le monde, se fâche avec la plupart des voisins et des amis, et même avec sa vieille belle-mère de 80 ans : tous médisent d'elle. Education religieuse dans l'enfance ; a cessé de pratiquer après la mort de sa mère, à 16 ans. Dyspepsie et insuffisance hépatique depuis plusieurs années. Quelques idées hypocondriaques.

En août 1931, elle accompagne sa fille, âgée de 24 ans, dans les Alpes. Au cours d'une ascension, celle-ci tombe dans un précipice. Le corps n'est retrouvé qu'au bout de quatre jours. La mère s'évanouit à la vue du cadavre, puis cache sa douleur et s'occupe courageusement des obsèques.

Rentrée à Paris, elle s'adonne au spiritisme, sur le conseil d'une amie, dans l'espoir de revoir sa fille. Elle prie très souvent, nuit et jour, et ne tarde pas à entendre la voix de sa fille. Elle écrit sous sa dictée. Des idées de grandeur se développent. Edmond Rostand et le maréchal Joffre lui parlent. Elle compose des poèmes. Elle se croit la réincarnation de Jésus-Christ, chargée de la mission de convertir les hommes.

Voici quelques extraits de ses écrits un mois avant l'internement. Ils remplissent une centaine de pages. C'est sa fille qui lui parle :

« Voilà, quand vous m'avez enterrée, le mardi matin, les anges sont venus, mais on avait mis la bière et puis ils sont partis, l'ange aux ailes d'or et l'ange aux ailes bleues, vos deux anges gardiens, oui, c'était une vision, ce n'était pas un rêve, oui c'est cela. Alors la nuit ils sont venus, ont retiré la terre, ont remonté la bière, l'ont ouverte et m'ont sortie de dedans, puis ils m'ont emportée sur leurs ailes et je suis montée ainsi au purgatoire en deux minutes... Alors, une fois là-haut, on m'a couché dans un lit et puis le Bon Dieu est venu, m'a recollé le front et le crâne et m'a remis un cœur tout neuf et meilleur que le premier, car il n'était pas fameux, paraît-il, et puis on m'a

laissé dormir pendant quinze jours, tandis que mes deux anges veillaient sur moi. Enfin, je me suis réveillée et alors quand je me suis vue de l'autre côté, je me suis mise à pleurer à chaudes larmes, car je pensais à vous et je me demandais ce que vous deveniez. Alors, Mémé est venue avec le petit Abric et elle m'a dit de ne pas pleurer car je vous reverrai bientôt, puisque le Bon Dieu m'avait raccommodée pour pouvoir me faire descendre sur la terre et que j'allais être obligée d'aller vous trouver pour te donner une mission à remplir. Mais, tu es fatiguée ; épluche les épinards et nous continuerons après..... »

.....« Depuis ce temps-là, je me distrais en venant te voir tous les jours, car le Bon Dieu me laisse maintenant faire tout ce que je veux ; parce qu'il m'aime beaucoup, depuis que tu m'écris de si jolis vers, et qu'il pense bien que tu réussiras dans la mission qu'il t'a donnée. Mais tu n'as qu'à écrire des vers, à les faire éditer, à les faire publier, et enfin à chercher à répandre la doctrine spirite...

« Mais après la guerre, il y aura une révolution, et c'est alors que les gens commenceront à croire à la doctrine spirite, et puis il y aura des bouleversements géologiques, et c'est alors que la panique s'emparera de tous les habitants de la terre ; alors tu triompheras, car c'est toi qui dois le faire par tes livres et tu seras adorée comme un Dieu. Mais si, ma pauvre maman, tu en es un et tu ne t'en doutes pas, parce que tu ne te rappelles pas que tu as été autrefois le Christ sur la terre... Mais maman, c'est bien vrai, et tu l'es encore, et tu auras encore bien à souffrir comme Lui, mais, cette fois, tu ne périras pas, et tu me retrouveras sur la terre ; car c'est le bonheur qui t'est réservé après tant de luttes et de peines. »

Ce même jour (11 novembre), elle compose une poésie de six strophes, dont il suffira de citer les trois premières :

Pourquoi es-tu partie, ô mon cher petit ange ?
Sur la terre, ici-bas, ne te plaisais-tu pas ?
Ton âme si rêveuse et parfois si étrange
Voulait donc s'envoler où l'on ne revient pas.

Tu nous as bien laissés seuls et tristes sur terre,
Pauvres abandonnés las ! au milieu des flots ;
Tu es montée là-haut nous prédisant la guerre,
Nous réservant encor de longs et lourds sanglots.

Mais Dieu est juste et bon et sa miséricorde
S'étend à tous ceux-là qui l'implorent ici-bas,
Et ta mère chérie, en prêchant la concorde,
Guide leur avenir en dirigeant leurs pas.

Les jours suivants, l'exaltation de la malade augmente. Elle casse, sur l'ordre de sa fille, un tableau, une statuette, qu'elle prend pour des représentations du démon. Le 28 novembre, elle est placée à l'hôpital Henri-Rousselle, où prise de sang et ponction lombaire donnent des résultats négatifs. Elle vient ensuite à Sainte-Anne.

En décembre 1931, elle expose plus amplement son délire. Au cours d'une séance de spiritisme, dit-elle, un médium l'a mise en communication avec l'esprit de sa fille. Elle n'a pas entendu la voix de sa fille au cours de cette séance, mais elle l'a entendue depuis à plusieurs reprises chez elle. Sa fille la consolait. Elle ne peut décrire nettement l'hallucination. « Ce n'était pas comme une voix de personne vivante, ce n'était pas simplement une pensée. »

Elle perçoit la voix de sa fille dans son cerveau « sans l'entendre ».

Elle se dit un peu troublée et attribue ce trouble à l'excès de son travail récent pour pénétrer la science spirite, « afin de communiquer avec ma fille à mon aise, je voulais devenir médium, je l'étais sans doute sans le savoir, j'ai trop forcé pour travailler ce don ».

Elle avoue ses idées de grandeur. Elle va réincarner Jésus-Christ. « Cela nous semble extraordinaire ? — C'est pourtant vrai. » Depuis longtemps elle a le don de clairvoyance. Elle se sent prédestinée à remplir une mission, mais elle n'ose pas l'affirmer. Ce sont peut-être des esprits mystificateurs qui le lui font croire.

Sa fille ne se fait pas seulement entendre, elle se fait aussi voir, silhouette vaporeuse. Bien plus, elle l'a sentie dans ses bras en plein jour, mais cette fois sans la voir. Dès qu'elle se sentira sans hésitation J.-C., elle fera un miracle et retrouvera sa fille vivante.

Elle a l'impression de connaître les malades de la salle sans pouvoir les reconnaître. C'est que cette connaissance doit se rapporter à une de ses incarnations précédentes.

Les idées mystiques se développent de plus en plus et le thème délirant se précise. Depuis qu'elle est ici, elle entend dans sa poitrine la voix du Saint-Esprit qui diffère de celle de sa fille, laquelle est en dehors. « C'est comme un battement intérieur qui m'enseigne ce que j'avais oublié. » Cette voix lui apprend qu'elle est l'âme de J.-C. réincarnée en une femme.

C'est sa fille qui lui a fait comprendre d'abord qu'elle était J.-C. et qu'elle entendait la voix de Dieu dans sa poitrine. La malade semble avoir hésité quelque temps avant d'assimiler cette notion. Mais la voix de sa fille se faisait persuasive. « Crois-le, maman, c'est moi qui te l'affirme, ce n'est pas un esprit mystificateur. Je ne te trompe pas. » Elle avait des communications de plus en plus longues avec sa fille, soit par l'écriture, soit par voie hallucinatoire.

Son mari la raillait et exprimait des doutes sur ses facultés médiumniques. Pour le convaincre, elle a fait appel à l'esprit de Rostand et à celui du maréchal Joffre et est entrée en communication avec eux. La malade fait quelques interprétations rétrospectives sur ses talents de médium et sa nature divine. « La mort de ma fille est un événement qui m'a fait voir clair en moi, ce que je n'avais jamais su faire auparavant. »

Voulant nous rendre compte des conditions du développement de ce délire mystique et spirite, nous demandons à la malade pourquoi elle s'est adressée au spiritisme, alors que jamais elle ne s'y était intéressée.

Voici ce qu'elle nous répond : « Après la mort de ma fille, j'avais l'impression qu'elle n'était pas partie, qu'elle était près de moi, rôdant autour de moi. Il me semblait entendre de temps en temps « viens, viens. » Un jour, j'ai vu dans un journal un article sur les lignes de la main ; je me suis rappelé qu'autrefois, en lisant dans les lignes de la main de ma fille, on lui avait dit qu'elle mourrait jeune avec beaucoup de morts autour d'elle. J'ai acheté le journal, on parlait de spiritisme et de spiritualisme. On parlait aussi du livre « l'invisible. »

« Je l'ai demandé en librairie et on m'a donné l' « Après la mort » du même auteur. On y parlait d'écritures médiumniques. J'étais très sceptique sur toutes ces questions. J'ai hésité. J'ai relu. Et enfin, j'ai essayé de retrouver ma fille par l'écriture médiumnique. M'a-t-on dit qu'il fallait prendre un crayon, en ai-je eu l'intuition subite, je ne saurais pas vous le dire. » Elle fait plusieurs essais infructueux. Puis un jour, sa main, « dirigée par l'invisible, trace une chaîne de montagnes ». En même temps, elle entend dans sa tête la voix de la camarade de sa fille morte avec elle. « C'est moi, Marthe. » A partir de ce jour, elle écrit régulièrement et presque tous les jours plusieurs pages dictées. Au début, elle percevait d'abord les réponses et les écrivait ensuite. Progressivement, perception et écriture se faisaient en même temps. Elle écrit les questions de son écriture habituelle et les réponses d'une écriture déformée, hésitante, où les mots sont tous liés les uns aux autres, dans une série ininterrompue de lettres sans accents ni aucun autre signe graphique. Ayant d'abord communiqué par l'écriture avec les camarades de sa fille, elle le fait au bout de quelques jours avec sa fille même. La première parole de celle-ci fut : « Crois en Dieu. » Elle a pleuré et entendu « ne pleure pas, ma mère ».

La malade continue : « Je sais maintenant que je suis l'âme du Christ. Le principe immatériel qui réside en mon corps a également résidé dans le corps du Christ, et au cours de ses mutiples incarnations, en d'autres corps, en celui de Jeanne d'Arc. » Ces vérités ne lui ont pas été révélées par l'écriture médiumnique, mais par des intuitions qu'elle a eues récemment dans le service. A ce point de vue, le délire est actuel, en pleine voie de développement, et l'élément mégalomaniaque semble de plus en plus prédominer. « Je trouve en moi des souvenirs de chants religieux, de cantiques du Moyen Age, qui sont des chants guerriers en même temps, que je n'ai jamais sus et qui doivent avoir été appris au cours de l'incarnation de mon âme en Jeanne d'Arc. J'éprouve un serrement dans ma tête et puis comme un voile qui se déchire et je trouve présents en ma conscience des souvenirs de la vie de Jésus, des petits détails de ses actes, je me sens dans une atmosphère de luttes et de prédications et je comprends que ce sont là des souvenirs certainement vécus. »

La malade n'est plus aucunement réticente. De méfiante et concentrée au début, elle devient confiante, expansive, volubile, par périodes franchement excitée, sans mauvaise humeur et sans agressivité.

Chante fréquemment des cantiques, se trouve de plus en plus emportée par un sentiment de grandeur. « Je réincarne quelque chose de grand : Dieu ou le démon, ou une déesse de l'Asie. » Elle reste dans un état d'excitation euphorique pendant plusieurs semaines, mais dès la fin janvier, il y a des intervalles de doute, d'hésitation, en ce qui concerne la réalité de ses affirmations de grandeur. Des hallucinations cénesthésiques, d'abord discrètes et passagères, deviennent de plus en plus tenaces et pénibles. On lui brûle les pieds. Elle a des élancements dans la tête, la gorge. C'est l'œuvre de Satan probablement. Le démon ne lui donne pas seulement des sensations, mais aussi des pensées. Elle cherche des « airs de cantiques et ne trouve que des airs d'opéra. » Elle répète encore qu'elle est la réincarnation de J.-C. et de Jeanne d'Arc, et que sa mère est la réincarnation de la Vierge. Mais sa conviction n'est plus entière. Elle doute. « Il y a plusieurs voix qui me parlent et c'est ce qui m'embrouille, j'en entends à présent de tous les côtés à la fois. Toutes ces voix, à part celle de sa fille, sont intérieures, « dans sa poitrine », comme une chaîne qui se déroule. » Elle dit avoir également des visions, mais ces dernières ne sont pas nettes. Elle voit sur le mur « des têtes de ses différentes réincarnation, des têtes vagues, une femme qui attend dans un parloir, J.-C. avec une couronne d'épines, un nid avec un oiseau qui tombe et en bas un monsieur qui tient un petit enfant d'abord doux, ensuite en colère ». Elle verrait cela en plein jour, « mais c'est flou et instable ».

Pendant la période d'excitation volubile, la malade faisait des dessins représentant des croix, des clefs, des corbeilles de fleurs, établissait un petit dictionnaire de rimes, faisait des vers et ne cessait d'écrire ou chanter. Ces périodes sont maintenant intercalées de courtes périodes d'inactivité et tristesse. Mobilité de l'humeur avec tendance de plus en plus marquée vers la dépression et le doute. Elle s'agenouille pour nous parler. Demande pardon sans encore préciser les raisons de cette attitude. Puis un jour, elle s'accuse franchement, pleure. Elle ne sait plus si c'est bien sa fille qui lui parlait. Elle craint de s'être trompée. Les voix lui disent de se confesser souvent, lui reprochent de ne pas avoir confessé ses péchés.

Commence à se montrer sceptique sur ses affirmations précédentes. Ne les rétracte pourtant pas entièrement. Tout en n'écartant pas les objections, elle proteste avec vivacité quand on traite ses réincarnations d'imaginaires. « Il doit y avoir beaucoup de choses fausses dans ce que j'ai avancé, car je n'étais pas assez forte en médiumnité et ne pouvais pratiquer suffisamment la prière pour trouver entièrement la vérité. J'ai dû me suicider plusieurs fois dans mes incarnations. »

Auto-accusations. Elle a commis tous les péchés capitaux de la terre qui ne lui seront jamais pardonnés.

Elle a autrefois commis des vols aux dépens de la maison où elle travaillait comme comptable. Elle avait mauvais caractère, était désobéissante à l'égard de ses parents, difficile à l'égard de son mari. Tout en s'accusant, elle cherche à justifier sa conduite en donnant les

raisons de son comportement. Très affligée de ne pas avoir retrouvé sa fille par l'écriture médiumnique. « C'est cela qui fait mon désespoir. » C'étaient probablement les mauvais esprits qui dirigeaient sa main.

Au cours du mois d'avril, elle devient de plus en plus déprimée. Plus de périodes d'excitation. Elle ne chante plus, n'écrit presque plus, pleure souvent et abandonne de plus en plus sa conviction consolante d'être en rapport avec sa fille. Elle exprime encore des idées de réincarnations successives, mais de plus en plus confuses et sans certitude. Elle ne se trouve plus en communication avec sa fille. « Probablement je ne l'ai jamais été. Je ne veux plus essayer de faire de la médiumnité, cela m'embrouille et m'a fait beaucoup de mal. »

« Je sens en moi des impulsions contraires, des poussées vite entravées. Il se fait en moi comme un chassé-croisé qui me déchire. Je reçois en même temps des ordres contradictoires. Je ne sais plus que faire. J'ai des envies de croire et de ne pas croire aux voix qui se font entendre dans mon esprit. » Conviction parfaite de l'objectivité de ses « voix » et de ses visions, mais sceptique sur la véracité de leur contenu. Dès que la malade se décide à accomplir un acte, on cherche à l'en dissuader, on lui donne l'ordre de s'en abstenir. Si elle ne fait rien, on lui reproche son inactivité. Pas d'idée d'influence directe, elle ne sent pas une force extérieure à laquelle elle ne peut résister, on cherche simplement à la « contrarier en tout ce qu'elle fait ». On ne lui impose pas ses actes, mais on la déroute. Aucune conviction actuellement en ce qui concerne ses allégations sur sa nature (réincarnation de J.-C., de Jeanne d'Arc, d'une déesse de l'Asie). Elle n'attribue plus aucune valeur à ses écrits médiumniques. « Je me suis certainement trompée sur bien des choses. » Les voix ne lui disent plus de choses consolantes, au contraire, elle l'accablent de plus en plus. Elles lui rappellent tous ses péchés, ses fautes de tous les jours, elles lui disent qu'elle est maudite depuis sa naissance. Elle ne reconnaît pas dans ces voix celle de sa fille. Celle-ci ne se fait plus entendre. La malade pleure quand on la questionne sur les idées de suicide. Elle avoue son désir de la mort. Elle est de plus en plus déroutée. « Si je savais la vérité ! — Je ne sais même plus ce que je suis. » Ces dernières semaines, la malade ébauche de temps en temps quelques sourires, mais donne souvent une explication plus ou moins plausible quand on lui en demande le motif. Son mari la trouvant beaucoup mieux l'emmène en permission chez sa sœur le 1er mai.

Le 30 juin, Mme D. est ramenée par son mari, sur sa demande expresse. Tout semblait aller bien pendant quelques jours après sa sortie. Elle était un peu active, ne parlant pas de ses voix, avait un comportement général « presque normal », dit le mari. Mais depuis trois semaines, elle devient de nouveau mélancolique. Elle prie sans cesse et a quelques défaillances. Les voix lui disent que sa fille n'est pas morte, qu'elle lui a été enlevée et qu'elle ne sait pas se débrouiller pour la retrouver. Elle veut revenir dans le service, croyant y retrouver sa fille.

De plus en plus déprimée et auto-accusatrice, elle s'adresse une multitude de reproches se rapportant à sa vie antérieure. Elle reçoit toujours plusieurs ordres successifs et contradictoires. « Les docteurs la dirigent et l'embrouillent.» Elle croit avoir été envoyée « en punition » chez sa sœur. Les forces universelles qui la guidaient l'ont empêchée de jouir de sa liberté. On l'oblige à se rappeler toutes sortes de souvenirs. On lui laisse entrevoir que sa fille n'est pas morte mais simplement disparue. Elle assure que ce ne sont pas des pensées mais des voix : voix douces, basses, mais extrêmement distinctes. Ces voix lui font éprouver des sensations très pénibles, sorte de tension nerveuse, impression de courant dans la colonne vertébrale ou les os de la jambe. Ces voix lui ordonnent de se concentrer sur elle-même, lui défendent de se mouvoir, d'écouter. « Je suis obligée de faire un tel effort de concentration pour pouvoir penser que je m'entends parler moi-même. Je distingue ma voix intérieure de l'autre assez bien, quelquefois je m'embrouille. Je ne les confonds pas, mais je perds le fil de mon idée pour suivre l'autre voix. » Elle ne reconnaît pas le timbre de ces voix, elle ne sait pas à qui elles appartiennent. Les voix entendues autrefois étaient perçues avec bien moins d'acuité que les voix actuelles. Elle les avait mal interprétées en les attribuant à sa fille, à Joffre, à Rostand. C'étaient les mêmes voix que celles d'aujourd'hui, c'est-à-dire les voix « des puissances universelles. » « J'ai l'impression que ce sont des rayons. » Elle ne les compare pas à la T. S. F. « Le problème est trop mystérieux pour que je puisse le résoudre. C'est comme une voix chuchotée venant de loin, une voix aérienne de je ne sais quelle sphère. » Voix et rayons marchent ensemble, les premières s'entendent, les rayons se sentent.

Elle continue toujours à avoir « des visions toutes petites, plus ou moins nettes, blanches, noires ou transparentes, une ou deux fois en couleurs, représentant des notes de musique, des lettres, une religieuse, une tête dont le corps disparaissait sous un rocher, un visage indistinct. » Elle a ces visions presque toujours les yeux fermés. Elle ne sait pas comment interpréter ces visions, les voix ne les expliquent pas. Elle est cependant convaincue de leur réalité. Elle sourit quand on les discute. « Non seulement je les entends, mais je les subis. »

La malade étend de plus en plus le domaine de ses auto-accusations. Les voix lui reprochent, outre ses vols, son mauvais caractère, sa luxure, de s'être livrée à l'onanisme une assez longue partie de sa vie. On parle aussi de faux papiers au sujet d'un bilan établi dans la maison où elle travaillait. Elle se défend d'en être responsable. Sur cette question, les voix se trompent. Elle ne veut pas admettre la réalité de la mort de sa fille. Elle entend que sa fille est vivante et disparue. Elle a bien vu son cadavre, mais cela pouvait être une vision fausse, et d'ailleurs on ne montre pas à une mère le cadavre de sa fille. Sa fille est probablement dans un asile ou un couvent. Elle entend dire que sa fille était trop délicate pour être mariée et qu'il valait mieux qu'elle se retirât dans un couvent. La malade s'y serait certainement opposée. C'est probablement quelqu'un qui s'intéresse

à sa fille qui l'a fait disparaître pour la soigner et la mettre quelque part où elle serait à l'abri du mariage.

Elle demande notre avis sur la véracité de ses idées. Et comme nous exprimons un doute, elle répond : « Si ma fille n'était pas vivante, comment se fait-il que j'ai entendu sa voix à plusieurs reprises ? Qui pourrait l'imiter aussi bien ? Et pourquoi m'a-t-on empêchée de voir le visage de ma fille, quand on a soi-disant trouvé son cadavre, sous prétexte qu'il était trop défiguré ? J'ai demandé une exhumation à mon mari qui a refusé. Il croit notre fille bien morte, mais moi je suis sûre qu'elle est vivante, car toutes les voix que j'entends sont d'accord sur cette question. »

Interprétations morbides multiples actuelles et rétrospectives, convictions délirantes parfaites ; la malade n'accepte la contradiction qu'à propos de ses péchés. Tout en s'accusant de ses péchés, « ses chaines, dont elle n'arrive pas à se libérer pour avancer vers la lumière », elles sourit à plusieurs reprises, au cours de l'interrogatoire, ce qu'elle continuera à faire, au cours des examens ultérieurs.

La malade est de plus en plus torturée par les accusations des voix. On lui reproche ses faits et gestes du passé avec une telle précision qu'elle ne peut douter que quelqu'un la suivait partout. On lui cite des faits de son enfance, on lui reproche d'avoir désobéi, d'avoir manqué de respect, d'avoir négligé ses devoirs religieux pendant plus de vingt ans. « J'ai maudit Dieu dans un moment de colère, à la disparition de ma fille. J'ai été parjure, j'ai juré sur le Christ de retrouver ma fille et ne peux la retrouver. »

Méconnaissance de plus en plus systématique de la mort de sa fille. Elle ajoute chaque fois de nouvelles interprétations concernant tous les événements en rapport avec cette mort pour y voir un caractère étrange, des détails bizarres, « tout avait l'air artificiel ».

Au cours de son premier séjour, elle n'a pas osé avouer toutes ses fautes. Lors de sa présence chez sa sœur, elle a entendu une voix mystérieure qui lui disait : « Avoue, avoue... » Elle a compris qu'il fallait qu'elle expose tous ses péchés, pour se libérer des chaînes qui l'entravent dans la recherche de sa fille. Elle est certaine qu'elle la retrouvera un jour. « Mais comment ? dites-moi comment ? Si cette souffrance continue, je deviendrai folle avant de la trouver. » Elle est presque certaine que sa fille se trouve à l'abri, dans un couvent ou un hôpital, peut-être à Sainte-Anne, et implore qu'on l'aide à la retrouver.

*
**

Cette malade est donc, constitutionnellement, une paranoïaque au caractère ombrageux, méfiant, qui dans ces dernières années semblait ébaucher un délire de persécution interprétatif. Quelque peu hypocondriaque, elle a reçu une éducation religieuse mais a cessé de pratiquer aussitôt après la mort de sa mère. Sa vie conjugale, dépourvue de toute satisfaction sexuelle,

l'avait obligée à reporter toute sa tendresse sur sa fille unique. Celle-ci fut tuée à 24 ans par une chute dans un précipice. Le choc violent modifie profondément l'orientation morbide. Après une courte période de concentration douloureuse, le désir de revoir l'enfant conduisit à l'étude et aux pratiques du spiritisme. Bientôt survint une période d'exaltation caractérisée par de la graphorrée, des versifications, des chants, des bris d'objets symboliques. En même temps s'élaborait vite un délire spirite avec idées de grandeur : sentiment d'écriture automatique sous la dictée de la morte, sentiment de présence de l'enfant, matérialisation floue de son visage, voix consolatrices, prédictions de guerres et de cataclysmes, ordre de remplir une mission glorieuse, assurance de réincarner Jésus-Christ et plus tard Jeanne d'Arc ou une déesse de l'Asie, recherche de réincarnations successives, voix d'Edmond Rostand et du Maréchal Joffre, voix humaines extérieures, voix divines intérieures. Tout cela d'apparence hallucinatoire, mais, en réalité, rêverie délirante, créations imaginatives objectivées par la croyance mystique, comme dans un grand nombre de délires spirites.

Cette période d'excitation dure environ trois mois et fait place ensuite à un état dépressif qui dure depuis neuf mois. Dès lors le tableau change. Espoirs et certitudes font place aux regrets et aux doutes. Projets d'avenir, missions grandioses, réincarnations de dieux ou de déesses disparaissent et sont considérés comme l'œuvre d'esprits mystificateurs. Rappels du passé, recherche des fautes commises, idées de culpabilité, craintes de damnation s'installent et se répètent avec une monotonie constante, s'associant à l'inquiétude, aux supplications d'être pardonnée et délivrée de cette incertitude pénible, de ces hésitations, de ces doutes « qui embrouillent le cerveau, » de « ces chaînes ».

L'objectivation hallucinatoire de la pensée persiste au cours de la période dépressive, comme pendant la période expansive, mais avec des caractères différents. Ce sont maintenant des voix d'un timbre inconnu, ce n'est plus la voix de la morte. Ces voix contradictoires donnent des renseignements obscurs ou des ordres opposés, traduisant l'irrésolution foncière. De plus l'introspection augmente et la conviction de la réalité hallucinatoire s'atténue. Au moins par intervalles, émerge la conscience du phénomène morbide. Quand on interroge la malade sur l'écriture automatique du début elle précise : « Les réponses à mes questions n'étaient pas dictées par une voix, je les prenais dans ma tête et j'avais l'intuition que c'était l'esprit de ma fille qui me les donnait. » Phrase caractéristique et qui montre bien qu'en la

circonstance il ne s'agissait pas d'un dérèglement du mécanisme psycho-sensoriel mais d'un délire imaginatif projeté sur un plan extérieur par une croyance mystique. A propos de ces « conversations avec ses invisibles » qu'elle compare à des voix aériennes, à des voix humaines chuchotées, elle dit encore : « Je suis obligée de faire un tel effort de concentration pour pouvoir penser que je m'entends parler moi-même » décrivant ainsi une hyperendophasie incontestable.

De plus, une cénesthésie douloureuse domine maintenant les processus psychiques. Les pensées s'accompagnent de sensations tactiles et thermiques qu'elle attribue à des rayons accompagnant les paroles. Le syndrome d'influence reste néanmoins atténué, n'arrive pas à l'affirmation d'une action extérieure, de persécutions physiques, ni au sentiment de dépersonnalisation.

Contrairement aux hallucinations auditives, les hallucinations visuelles augmentent de fréquence et d'intensité, pendant cette période mélancolique, et ceci ne paraît pas conforme à une opinion récente de Pierre Janet pour qui les hallucinations visuelles prédominent dans les délires d'influence euphoriques et les hallucinations auditives dans les délires de malveillance. Ces hallucinations visuelles se sont montrées, il est vrai, surtout dans la période intermédiaire entre l'excitation et la dépression et toujours peu distinctes et mobiles ; phénomènes de représentation mentale plus que visions véritables, tel, par exemple, ce nid avec un oiseau qui tombe et au-dessous un homme qui tient un petit enfant d'abord doux et ensuite coléreux », onirisme transitoire probable qui symbolise les préoccupations maternelles obsédantes.

Ce délire de compensation, malgré sa double forme, n'en resterait pas moins, si l'on veut s'en tenir aux théories de Bleuler, une psychose schizophrénique dans laquelle la perte de contact avec la réalité s'accentue de plus en plus. Le thème fondamental parait essentielllement schizophrénique : négation systématique d'une mort certaine et d'événements dont on a été témoin. Ce thème, inspiré par les croyances spirites s'est manifesté d'abord par une sorte de rêve de résurrection de l'enfant chérie, de son ascension au ciel et de ses visites sur la terre, révélé par l'écriture automatique et confirmé par les hallucinations auditives. Il s'est développé ensuite par des raisonnements affectifs autour de l'accident de montagne, des interprétations rétrospectives sur l'aspect du cadavre et du cercueil, le temps qui s'est écoulé entre l'excursion et la découverte du corps, les circonstances de l'enterrement. Toutes ces interprétations aboutissent à l'idée

d'un simulacre d'enterrement et enfin à la conviction d'un accident fictif. L'enfant n'est pas morte ; son cadavre n'était qu'une imitation ; elle a disparu parce qu'on l'a cachée, peut-être dans un couvent, et l'impossibilité de la retrouver est une épreuve, une pénitence infligée à la mère pécheresse. Il y a là une évolution du thème délirant, conditionnée par les variations de l'humeur, mais ce thème n'en reste pas moins inébranlable, jusqu'à présent du moins. Cette négation d'un fait évident n'est point la conséquence d'une amnésie ou d'un affaiblissement intellectuel, mais l'incapacité affective d'assimiler un fait douloureux, la satisfaction délirante d'un désir impérieux et immuable qui finit par s'imposer à la conscience comme une réalité. L'apparence schizophrénique est donc trompeuse : il s'agit bien d'une psychose affective de compensation et non d'une dissociation.

Quel sera l'avenir de cette malade ? Le pronostic des psychoses mixtes est généralment un pronostic de chronicité. L'addition à la paranoïa d'un élément cyclothymique en aggrave l'évolution toutes les fois que le délire d'interprétation reste au premier plan. Le système établi résiste aux perturbations que peuvent apporter les accès maniaques ou mélancoliques ; la rigidité paranoïaque s'oppose à la mobilité cyclothymique. Mais ici le choc émotionnel a brisé le délire de persécution naissant. L'élément paranoïaque de cette constitution complexe semble jouer maintenant un rôle moins important que l'élément cyclothymique. Si l'on ignorait les antécédents de la malade, on la prendrait aujourd'hui pour une mélancolique chez laquelle percent encore quelques restes maniaques, quelques lueurs d'érotisme. Assisterons-nous bientôt à un retour d'expansion ? C'est possible. Mais la persistance de l'idée prévalente, à travers le cycle maniaco-dépressif, la continuité des interprétations et des pseudo-hallucinations rendent peu probable une guérison complète.

L'IMPULSIVITE CRIMINELLE CHEZ L'INDIGÈNE ALGÉRIEN. — SES FACTEURS

PAR

A. POROT et D. C. ARRII

La question de l'impulsivité criminelle chez les indigènes de l'Afrique du Nord n'est plus seulement, à l'heure actuelle, un problème médico-légal algérien. Le nombre des indigènes qui traversent la mer pour aller travailler dans la Métropole ou à l'étranger a crû sans cesse jusqu'à ces derniers temps et la chronique des tribunaux relate, chaque jour, le crime de ces « sidis », nouveaux venus dans la criminalité française, mais qui s'y sont vite taillé une large part.

En se mêlant à notre vie européenne, l'indigène garde sa personnalité psychique et morale, ses instincts et ses réflexes, en un mot, le caractère de sa race ; si bien que, pour juger équitablement de ses réactions, l'expert doit, de toute nécessité, le situer dans son plan mental propre, connaître les éléments d'ordre intellectuel ou affectif mis au service de ses instincts, ainsi que les particularités de tempérament qui régissent son comportement.

Il ne saurait être question d'étudier ici, dans son ensemble, la psychologie normale et pathologique de cette race nord-africaine, — elle-même un peu disparate, — ni d'en interpréter les éléments constitutionnels en fonction des différents facteurs intervenus dans son modelage : constitution physique, habitudes biologiques, religion, mœurs, etc... Quelques éléments en sont épars dans des études historiques ou sociales. Sur le terrain médico-psychologique, aucune étude de grande envergure n'en a été encore entreprise; l'un de nous, cependant, a livré (1) quelques impressions générales sur ce sujet, impressions que l'expérience n'a fait que confirmer à ses yeux.

(1) A. Porot. — Notes de Psychiatrie musulmane. *Annales médico-psychologiques*, mai 1918.

Plus modestement, nous voudrions ici rechercher les raisons d'un phénomène vraiment particulier à cette race : *la fréquence de l'impulsivité criminelle.*

C'est un fait qui frappe, au premier abord, que la proportion considérable des attentats, dans les statistiques judiciaires, et nous pouvons dire que les neuf dixièmes des expertises indigènes confiées aux psychiatres d'outre-mer ont trait à des meurtres ou des tentatives de meurtre. L'indigène joue de la matraque, du couteau ou des armes à feu avec une facilité, une promptitude et une sauvagerie qui entraînent le plus souvent la mort. Ce sont, très souvent, les proches parents, père, mère, frère et surtout femme qui sont frappés et, dans un certain nombre d'affaires, on compte plusieurs victimes de la fureur impulsive du meurtrier.

Déjà, en 1926, cette impulsivité criminelle avait retenu notre attention et fait l'objet d'une étude (1) basée sur 20 affaires criminelles, dont la physionomie avait paru aux juges assez singulière pour légitimer un examen psychiatrique du prévenu.

La statistique personnelle de l'un de nous comporte aujourd'hui 40 expertises criminelles de cette catégorie. C'est, nous semble-t-il, une base assez large et suffisamment instructive pour tenter la discrimination des mobiles criminels.

Ce que sont les facteurs étiologiques de l'impulsivité en général, nous le savons : les uns sont d'ordre constitutionnel dus à des déséquilibres particuliers : instabilité, hyperémotivité, psychasthénie, cyclothymie, grandement aidés par la carence ou la fausseté du jugement : débilité mentale, crédulité et suggestibilité, paranoïa. D'autres fois, l'impulsivité apparaît comme épisode ou réaction d'un état mental morbide acquis : démence, délires hallucinatoires, raptus anxieux de toutes causes, psychoses toxiques ou infectieuses, états seconds et déterminisme épileptique.

Enfin, quels que soient les facteurs psychiques qui jouent dans le déterminisme des réflexes impulsifs, ceux-ci ne surgissent qu'à certaines occasions, lorsque la personnalité est atteinte dans quelqu'un de ses instincts élémentaires ou dans les concepts habituels de sa vie privée, familiale ou sociale. D'où la nécessité d'étudier l'impulsivité en fonction des mœurs, du comportement et des habitudes sociales de l'individu.

(1) D.-C. Arrii. — De l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. *Thèse d'Alger,* 1926. Imprimerie Carbonel. On y trouvera *in extenso* 20 rapports médico-légaux de l'un de nous.

C'est à ce triple point de vue que nous allons nous placer pour l'étude analytique des facteurs d'impulsivité chez l'indigène nord-africain.

I. — Les Eléments psychiques d'ordre constitutionnel

On ne saurait ici, pour conduire son étude, prendre pour guide le système des « constitutions morbides » que certains psychiatres ont voulu mettre, comme infrastructure obligatoire, à la vie psychique normale et pathologique. Aux critiques que cette conception un peu orthodoxe a suscitées, on pourrait ajouter le reproche qu'elle ne tient aucun compte des variations psychologiques imprimées par les races et que le *coefficient ethnique* bouleverse profondément les assises du psychisme.

Plaçons-nous simplement dans le plan mental de ceux que nous étudions ici, abstraction faite de toute question théorique et cherchons à dégager quelques-uns des traits de la mentalité indigène propres à éclairer leur impulsivité criminelle excessive.

a) Débilité mentale. — Une première place, très importante, revient à la *grosse infériorité mentale* de la masse indigène. (Exceptons-en le Kabyle — ethniquement et géographiquement à part — intelligent, instruit, travailleur et économe, qui échappe en général à cette tare foncière (1).

On y trouve une proportion considérable d'êtres plus que frustes, livrés à leurs instincts primitifs, dont la vie, du reste, ne trouve aucune sollicitation à l'éveil de l'esprit. Il faut avoir assisté, comme nous l'avons fait pendant la guerre, à ces arrivées massives de conscrits arrachés à leur bled, pour pouvoir juger de la fréquence et de la misère de certaines indigences mentales et pour pouvoir témoigner de la grossièreté de certaines réactions de stupeur et de crédulité.

Jamais on ne reverra une pareille illustration en série de la *débilité mentale* si souvent, du reste, escortée de syndromes moteurs ou mimiques justifiant pleinement les types de *débilité psycho-motrice* décrits par Dupré.

Y a-t-il quelque discernement ? le jugement, l'esprit critique, le sens de la relativité feront quand même défaut ; des syllogismes simples, parfois stupides en leurs conclusions, suffisent ; l'indigène s'y tient obstinément, sans aucun sens des contingences, d'où son obstination dans ce qu'il croit ou suppose et le déter-

(1) Sa criminalité, dans l'ensemble, n'est guère inférieure à celle des autres Algériens, mais elle tient à d'autres causes.

minisme de ses actes qui l'amène trop souvent à se faire justice lui-même.

b) Crédulité et suggestibilité. — Ce sont les corollaires obligés de la débilité mentale. L'indigène vit dans le passé, un passé peuplé de légendes élémentaires et de contes puérils ; c'est tout son bagage intellectuel. Mais ce puérilisme mental diffère profondément de celui de nos enfants ainsi que l'un de nous l'a fait remarquer (1), « en ce sens qu'on n'y trouve pas cet esprit « curieux qui pousse nos enfants à des questions, à des pourquoi « interminables, les incite à des rapprochements imprévus, à « des comparaisons toujours intéressantes, bases de l'esprit « scientifique ».

Nul appétit scientifique chez l'indigène ; absence de sens critique ; son esprit purement réceptif est bien fait pour la crédulité.

Une expression fréquente de cette crédulité est la croyance aux « ensorcellements », aux mauvais esprits, aux « djenouns » dont il se croit possédé ou poursuivi ; il n'y a, le plus souvent, de victime que l'intéressé et ce sont alors des manifestations pithiatiques, des attitudes caricaturales, des convulsions grossières, véritable « hystérie de sauvage ». Mais, dans quelques cas, la croyance aux « djenouns » peut s'exhausser jusqu'à un véritable délire d'influence et de persécution et dicter des réactions impulsives, comme dans l'affaire suivante :

Le 14 décembre 1931, le nommé Bou...-Moh... faisait irruption dans la salle du Palais de Justice de Bougie où siégeait la Cour Criminelle et, en pleine audience, prenait à partie les juges en criant : « Donnez-moi ma raison, venez m'enlever le diable de la tête. » On le maîtrisait à grand'peine et il frappait violemment les agents qui voulaient l'expulser. Son interrogatoire nous révélait une histoire de possession par un démon, un « djenoun », remontant à plusieurs années, le tenant sous son influence et lui commandant tous ses actes.

Pour peu qu'un intérêt immédiat ou un instinct passionnel tenaille le sujet, la crédulité peut déclancher un geste meurtrier. Dans le cas suivant, la foi déçue dans l'influence d'un « taleb » aboutit au meurtre de ce dernier :

Le nommé Ahmed B. Boy... avait offert à Abd...b...Ais,,., qui passait pour un taleb doué d'un pouvoir mystérieux, une somme de 100 fr. en échange d'amulettes destinées à gagner le cœur de la belle Rhad...,

(1) Porot, *loco citato.*

une fille publique qu'il convoitait. Mais l'influence magique ne s'étant pas fait sentir, et Ahmed voyant au contraire ses capacités viriles diminuer, en avait conçu un vif ressentiment et voulait la restitution des espèces versées ; ce fut l'objet d'une violente dispute, le 21 septembre 1924, jour où ces deux hommes se rencontrèrent ; Ahmed frappait le taleb de trois coups de couteau qui entraînaient la mort.

Or, chez cet indigène, à l'examen, il n'existait pas de tare pathologique ; le niveau mental était suffisant pour un homme de sa condition. A la crédulité ne s'ajoutait pas de vraie débilité mentale. Il n'y a rien, du reste, pour un indigène, d'excessif dans cette croyance au taleb et aux amulettes ; la préoccupation de virilité est, pour cette race, une idée dominante et parfois obsédante. Le geste nous a paru être surtout le geste d'un homme coléreux, se croyant lésé dans ses intérêts, mais ne possédant pas le caractère de déterminisme fatal et inévitable d'un acte pathologique. Aussi, avons-nous maintenu le principe de la responsabilité.

c) *Persévération. Entêtement. Rancune et esprit de vengeance.* — C'est un autre corollaire de l'étroitesse d'esprit. La force de persévération atteint un degré insoupçonnable chez l'indigène pour qui le temps est sans valeur. L'un de nous a signalé pendant la guerre, chez les blessés, ces désordres fonctionnels interminables, ces attitudes indéfiniment « bloquées » qui les faisaient ranger dans la catégorie des simulateurs. Cet entêtement va de la simple rétivité du caractère jusqu'au plus indomptable esprit de rébellion.

Cette disposition d'esprit nous explique l'instinct de revendication si tenace chez l'indigène, qui se double du reste si souvent d'un sens utilitaire avisé. Mais elle est particulièrement à retenir dans l'ordre de la criminalité. Quand il a subi un dommage matériel ou moral, s'il n'a pas justice immédiate, il cultivera et nourrira sa rancune ; il est capable de rester des années au même potentiel vindicatif et, à l'heure venue, d'assouvir sa vengeance avec la même violence que dans le réfiexe immédiat.

Il n'est pas rare de voir un Kabyle travaillant en France ayant gardé des intelligences au pays, venir furtivement, entre deux bateaux, perpétrer son crime, quand on lui signale l'heure opportune.

Un des chapitres les plus passionnants de la criminalité algérienne, celle qui met le plus à l'épreuve la perspicacité des magistrats instructeurs, est l'histoire de certains drames kabyles, véritables « vendettas » rebondissant 5, 10, 20 ans après une pre-

mière spoliation ou un premier crime ; l'emploi courant des assassins à gages, l'art de préparer des alibis et des faux témoins, la conspiration du silence intéressé et jusqu'à une utilisation malicieuse des contradictions dans les dépositions, tout concourt à donner à ces affaires une allure mystérieuse.

Et le pauvre psychiatre appelé à projeter quelque lumière sur ces situations psychologiques souvent paradoxales, se heurte, dès l'abord, à un premier problème de sincérité mentale fort épineux.

d) Faiblesse de la vie affective et morale. — Il y a un contraste à souligner : bien que facilement impulsif sous certaines influences, l'indigène est, à l'état habituel, non seulement un calme, mais un atone, vivant dans une sérénité constitutionnelle, ignorant le déséquilibre émotif ; on l'a bien vu pendant la guerre : l'un de nous a souligné la rareté, chez lui, des psychoses anxieuses et émotives (hormis le cas des anxiétés secondaires à l'intoxication alcoolique) ; seuls, les désordres de l'instinct peuvent traverser parfois ces caractères stagnants de quelque agitation accidentelle.

La sensibilité morale est en grande partie sous la dépendance des états affectifs ; aussi conçoit-on la faiblesse de son développement chez beaucoup d'indigènes. Quand on réfléchit à la faiblesse des vibrations de la vie affective chez lui, on s'explique l'inexistence d'une échelle des valeurs morales, en dehors des quelques concepts imposés par la religion ou enracinés dans les instincts personnels ; ces états affectifs frustes pourront s'exhausser parfois jusqu'à l'éclair passionnel, comme nous le verrons plus loin ; mais l'armature morale, qui impose ses réflexes de défense aux civilisés, (fragile souvent, mais présente tout de même chez eux), n'existe guère chez l'indigène.

Ainsi s'explique la fréquence de certains crimes vraiment « monstrueux », dénotant une amoralité foncière inconcevable pour nos esprits européens. En voici deux exemples :

— Le nommé Ali ben Am... travaillait aux champs avec son père, lorsque, à la suite d'une courte discussion, il le frappa de plusieurs coups de sa faucille, lui occasionnant des blessures profondes, qui déterminèrent une mort instantanée. Puis il se remit au travail sans manifester la moindre émotion. Ce qui, par-dessus tout, frappe chez Ali ben Am..., c'est son indifférence affective totale. Son crime commis, il s'est remis au travail comme si rien ne s'était passé. Quand, à l'instruction, on lui demande s'il n'a pas honte d'avoir frappé son père, il répond : « Non, c'était sa destinée » ; s'il le regrette ? il dit : « Pour-

quoi pleurer ? » Cette perversion des sentiments affectifs se manifeste aussi à l'égard de sa mère, qu'il chercha un jour à étrangler sans motif.

Ali ben Am... n'est pas un délirant, n'est pas un persécuté ; il ne semble pas qu'il ait été maltraité, et son père, en particulier, ne semble pas avoir eu d'attitude particulièrement agressive : « Mon mari, dit la mère de l'inculpé, en son langage d'une sérénité toute orientale, était doux et tranquille comme il convient à un homme de son âge. »

— Le 20 septembre 1925, le nommé You... Sab... ben Moh..., qui venait de travailler comme manœuvre trois mois à Alger, regagnait son pays d'origine, Sidi-Aïch. Il se trouvait dans la campagne, près de Ménerville, et rencontrait deux indigènes auxquels il demandait son chemin ; l'un était aveugle, l'autre, un tout jeune homme, conduisait le premier par le bras.

Après les avoir croisés, You... Sab... revenait sur ses pas, menaçant, un couteau à la main ; pendant que le jeune indigène s'enfuyait, l'inculpé s'acharnait sur l'aveugle, qu'il lardait de coups de couteau, lesquels déterminèrent une hémorragie mortelle... Il n'exprime aucun remords d'avoir tué un aveugle sans défense ; il sourit de temps en temps pendant l'interrogatoire, d'un rire qui paraîtrait cynique s'il n'était surtout niais. Mais on ne peut cependant s'empêcher de relever chez lui un parti-pris de dissimulation et de réticence, qui se manifeste quand il les croit utiles.

Le respect de la vie humaine est une notion le plus souvent absente ; mais ce qui dépasse notre entendement, c'est que la carence morale se fait sentir jusque dans le cercle de famille ; l'indigène ne respecte même plus ses parents et c'est une de nos surprises que de constater le grand nombre de parricides ou de fratricides, voire de drames collectifs de famille pour les motifs les plus futiles.

La moindre discussion d'intérêt pécuniaire suffit à renverser la barrière si fragile du respect familial. En voici un exemple :

Dans la soirée du 2 juin 1929, au Douar Ou..., le nommé Da... A..., entrait en discussion avec son père ; ce dernier venait de le fiancer suivant l'usage et lui réclamait une contribution pécuniaire aux frais du mariage ; le fils résistait et le père aurait, à ce moment, fait mine de vouloir le prendre à la gorge. Sortant un couteau, Da... Al... en portait alors un violent coup dans le ventre de son père, qui succombait presque aussitôt.

Aucune tare mentale ; aucun élément pathologique.

Parfois, c'est moins encore ; une simple vexation d'amour-propre, une simple désobéissance, déclanche, comme dans l'histoire suivante, un drame épouvantable :

Le nommé Brah... b. Moh... est inculpé d'homicide volontaire sur la personne de sa mère, de coups et blessures sur la personne d'une autre femme indigène et d'une enfant de 2 ans.

C'est le 2 janvier 1932 que le crime a eu lieu, revêtant un caractère particulier de brutalité et de sauvagerie. L'inculpé pénétrant dans la maison de son frère, y trouve plusieurs femmes assemblées, dont sa propre mère. Il saisit une hache qui se trouve à sa portée, et sans mot dire, frappe d'abord une voisine, lui occasionnant plusieurs blessures, bouscule sa mère et un enfant, et, se tournant vers sa mère, lui porte plusieurs coups de hache, dont un sectionne la carotide et entraîne la mort presque instantanée. La belle-sœur de l'inculpé, qui se trouvait là, ne doit son salut qu'à la fuite.

A l'interrogatoire, il s'en tient à cette explication : il était rentré chez lui, où devait se tenir sa mère ; or, sa porte était fermée. Apprenant que, malgré sa défense, sa mère était allée chez son frère, il s'était précipité sous le coup de la colère et avait frappé.

Au surplus, pas de remords. « C'est la destinée », dit-il, « cela n'arrange rien de le regretter ».

L'examen ne révèle aucune tare mentale proprement dite chez cet être simplement autoritaire et violent.

II. — Le comportement social

Cette psychologie de l'indigène, ce caractère aux réactions si imprévues sont explicables, en partie, par l'empreinte spéciale qu'ont marquée, sur ces esprits passifs, des coutumes, des mœurs, une religion et des superstitions très particulières.

De multiples conditions géographiques et économiques (vie locale à court rayon, pauvreté des moyens de communication, réduction des relations commerciales, absence d'instruction), ont favorisé grandement ce maintien des coutumes ancestrales et stérilisé l'évolution et le perfectionnement sociaux. L'horizon s'est borné à une solidarité de clans, de « çofs », qui s'est hypertrophiée parfois ; mais la diffusion ne s'est pas faite à la race entière, ce qui eût été plus fécond en conséquences économiques et intellectuelles.

Ces habitudes d'égocentrisme ont contribué à entretenir un fond de brutalité et de sauvagerie, aux réactions facilement violentes. Elles en ont fait cet être fruste, aux instincts peu affinés par l'éducation, chez qui le moindre choc s'accompagne de manifestations impulsives trop faciles dans la sphère instinctive.

a) La Religion. — Un lien puissant, le seul au point de vue social, a, de tout temps, uni les indigènes : leur foi dans la parole du « Prophète ». Le musulman accomplit avec un scrupule remarquable toutes les obligations de sa religion : prières quoti-

diennes, ablutions, jeune annuel du Ramadan, célébration des fêtes, etc... Tout ce qui s'inspire ou prétend s'inspirer du Prophète est sacré pour lui et exerce une influence profonde sur son esprit crédule et suggestible. Le marabout est tout puissant en terre d'Islam.

Cette religion, qui le maintient dans la crédulité et dans la superstition, a un retentissement social non moins considérable. Son lien mystique, qui n'a pas été suffisant pour fonder l'unité intérieure, a, par contre, dressé autour de ce peuple, une barrière contre laquelle sont venus se briser les élans vers une civilisation plus complète. Entretenant chez ses adeptes fanatiques le mépris des autres religions et, partant, des autres peuples, elle a été pour eux un large facteur d'ignorance.

Elle peut aboutir parfois à des meurtres par exaltation religieuse et xénophobie. Les plus anciens d'entre nous n'ont pas oublié les soulèvements sanglants de Marguerite, il y a une trentaine d'années.

L'observation de tous les mouvements xénophobes montre le rôle de cristallisation presque constant d'un mystique, d'un exalté ou d'un ambitieux.

Mais, ainsi que nous l'avons rappelé dans un travail récent (1), suivant la constatation développée autrefois par Régis, le xénophobe, comme tous les criminels politiques, est par sa nature même, un solitaire qui n'a d'ordinaire ni complice ni confident. Son crime, prémédité dans le silence, explose brusquement. C'était bien le cas dans l'histoire que nous avons relaté dans le travail précité :

En 1922, dans la rue principale d'une bourgade algérienne, un indigène de 37 ans, assis à la terrasse d'un café maure, s'élançait subitement sur un groupe d'Européens et enfonçait son couteau dans le ventre de l'un d'eux. Arrêté aussitôt, il déclarait ne pas connaître sa victime, mais avoir voulu sacrifier un « roumi », sachant bien qu'il serait guillotiné, mais que « ce double sacrifice humain pouvait seul sauver le monde des cinq années de misère qu'il avait à subir ».

Cet indigène avait quitté son douar à l'âge de 17 ans, pour mener une existence errante, mais orientée surtout vers les milieux religieux et maraboutiques où, pendant de nombreuses années, il avait étudié le Coran et ses commentaires. Devenu « taleb », il avait abandonné sa femme, puis avait changé de région, mais restant fidèle aux confréries auxquelles il était affilié.

Aucun souci du travail manuel ; mépris de la vie matérielle ;

(1) POROT. — La Xénophobie devant la médecine légale. *VI^e Congrès de Médecine légale*, Paris, mai 1931.

aucun bien propre. Il ne s'était cependant signalé par aucune excentricité, ni aucun acte susceptible d'attirer sur lui l'attention, végétant, ignoré, dans l'ombre des marabouts, ne se complaisant que dans la lecture du Coran et de ses commentaires. Une fois cependant, étant en prière sur une montagne, il avait entendu la voix du grand marabout Sidi-Yahia qui lui aurait dit : « Immole-toi. » Encore est-il que cette « révélation » ne fut suivie d'aucune réaction.

A la Prison, il fit une tentative de suicide, donnant comme explication qu'ayant tué, il devait mourir.

Hormis cet incident, comportement normal. Ni hallucinations, ni développement délirant par interprétation. Pas de confusion.

En somme, croyance religieuse, erronée en soi, dangereuse en ses conséquences, mais qu'on ne saurait élever à la hauteur d'une idée obsédante ou d'un délire chronique.

Cet homme n'était pas un débile mental, ni un déséquilibré ; c'était, au contraire, un sujet qui chercha à affiner son esprit, goûta à la mystique religieuse et se complût dans la lecture des ouvrages de religion.

La religiosité en soi ne saurait être considérée comme un phénomène pathologique tant qu'elle ne s'extériorise pas sous forme d'hallucinations ou de thèmes délirants.

b) L'Instinct de possession et de conservation. — L'indigène est très attaché au maigre bien qu'il peut posséder ; il le défend avec une âpreté farouche. C'est surtout en Kabylie, où la propriété est souvent très morcelée ou en indivision, qu'éclatent à tout instant des conflits pour la contestation d'un figuier ou d'un petit carré d'orge ; on y est plus processif qu'en certaines régions, pourtant réputées, de France et les histoires de bornage, de mitoyenneté, de pacage, entretiennent une atmosphère d'hostilité et de jalousie qui tourne souvent au tragique et, parfois, comme nous l'avons expliqué plus haut, avec retardement.

Le nomade, lui-même, a le même éréthisme défensif pour son gourbi, sa chèvre ou son bourricot.

La question d'intérêt s'est trouvée bien souvent en jeu dans les affaires de meurtre dont nous avons eu à connaître.

c) La Femme. — On pourrait, hélas ! ne faire de la femme qu'une application du principe précédent. Le mari achète sa femme qui devient sa propriété. Elle n'a pour lui qu'une double valeur instrumentaire : la satisfaction de ses besoins génitaux et le rôle d'animal domestique.

Orgueilleux et tyrannique, la *jalousie* le hante et l'obsède. Rentre-t-il du marché et aperçoit-il sa femme en conversation avec un autre homme, il se précipite sur les coupables et les assomme à coups de matraque (Sid. Dj..., 9 oct. 1929). Parfois, la nuit, dans

sa hantise, il croit entendre ramper quelqu'un près de sa femme étendue à ses côtés, et, de son couteau, fait un carnage effroyable (affaire Had... Moh... Aziz, 1922).

Plusieurs fois, nous avons eu à étudier de ces drames nocturnes, à première vue invraisemblables, puisque 3 ou 4 personnes couchent souvent dans le même gourbi. Dans le cas précité, il s'agissait manifestement d'un raptus anxieux hallucinatoire ; mais, dans les autres cas, on ne pouvait admettre aucun désordre mental. L'instinct génital est si puissant chez le mâle indigène, la femme est un objet de convoitise si jalousement gardé, que le maraudage d'amour prend parfois un caractère de témérité extraordinaire.

Ce n'est pas toujours le flagrant délit qui déclanche le geste meurtrier ; la jalousie maintient l'état passionnel assez longtemps pour que le meurtre soit accompli en dehors de toute constatation et sur de simples soupçons.

Le 1er mai 1929, Rez... Ali... ben Lakd..., suspectant sa femme d'entretenir des relations coupables avec un petit parent, leur voisin, la frappait sauvagement à la tête avec une barre à mine, lui fracassant le crâne, d'où mort presque immédiate. Rez... prétendait que ce cousin était entré, la nuit précédente, vers 2 h. du matin, dans son gourbi et y aurait eu des relations sexuelles avec sa femme. Or, dans ce même gourbi couchaient leurs enfants.

Toute la gamme et toutes les modalités de la jalousie peuvent se rencontrer : formes délirantes, formes anxieuses, formes simplement passionnelles. En tous cas, la jalousie a été le mobile dans près d'un quart de nos expertises criminelles, que la femme ait été la victime ou le prétexte du geste meurtrier.

Mess...di est inculpé d'homicide volontaire, le 14 février 1917, sur la personne de sa femme, dans une ferme, à Aïn-el-Hadjar ; le meurtre aurait été commis sans discussion préalable, dans le corridor de la maison. Une certaine mésintelligence régnait entre Mess...di et sa femme.

La famille déclare qu'il était jaloux et que, 2 ans auparavant, celle-ci avait dû quitter son mari à cause des mauvais traitements qu'il lui infligeait. Mess...di avoue sa jalousie et précise ses soupçons à l'endroit de son propre frère ; mais il avoue qu'il n'a porté cette accusation que sur les apparences. Au caïd qui l'interrogeait de suite après le crime, il disait que sa femme l'accusait « d'avoir mis au monde un petit chien » ; il présentait des signes nets d'anxiété, paraissant parfois hors de lui, redoutant quelque chose et s'écriant : « Ne me tuez pas, ne me tuez pas. » Cette réaction pantophobique soulignait bien le caractère de raptus anxieux du geste meurtrier.

Mais, quelle excuse médicale trouver à des faits de sauvagerie aussi cynique que le suivant, où l'on voit un indigène se débarrasser d'une femme comme d'un animal inutile, d'une bête improductive !

Le 22 novembre 1917, on trouvait étranglée sur la route, une jeune femme indigène. L'enquête établit qu'il s'agissait d'une femme qui vivait depuis un certain temps avec le nommé Sa... Bra... Ben Ach..., parcourant avec lui les routes et les marchés, en se livrant à la mendicité. L'autopsie démontra la mort survenue par strangulation et établit qu'en outre la victime se trouvait enceinte de six mois.

Sa..., arrêté le 7 février suivant, reconnut le crime qui lui était reproché. A l'instruction, il répondit que cette femme, ne pouvant le suivre, il l'avait étranglée dans la forêt. Sa... s'est attaché pendant 3 ans la femme qu'il a tuée, l'a gardée tant qu'il en a tiré des services, et n'a pas hésité à la supprimer quand sa valeur instrumentaire lui a paru amoindrie ou quand il a été frappé dans son amour-propre de possesseur. Sa..., en effet, examiné au point de vue mental, nous a fourni de son crime une explication différente de celle qu'il avait donnée à l'instruction.

Alors qu'il cheminait avec sa compagne, nous a-t-il raconté, un autre indigène l'aurait détournée et emmenée pour la posséder à quelque distance dans la brousse. Sur le soir, elle serait revenue auprès de lui en ricanant et se moquant. Comme elle avait à la main un billet de 5 francs, elle lui aurait dit d'un air narquois : « Un douro vaut mieux que toi. » C'est alors que, sous le coup de l'outrage, il l'aurait étranglée, mais non sous le coup de la passion aveugle ; il aurait, au contraire, attendu le moment où elle était penchée, épluchant des légumes, pour passer derrière elle et lui serrer autour du cou le foulard fatal.

III. — Les éléments morbides

Un certain nombre de crimes sont commis sous des influences nettement pathologiques et nous retrouvons ici les mêmes catégories, les mêmes facteurs morbides que chez l'Européen, mais empruntant au milieu, aux croyances, aux facteurs sociaux et à la constitution propre de l'indigène des prétextes et une physionomie particuliers.

a) *Les Intoxications. — L'Alcoolisme.* — Les sages préceptes du Coran touchant les boissons fermentées, ne sont plus guère respectés que dans les campagnes ; encore est-il que sur certains chantiers agricoles, les soirs de paye, il y a de regrettables scènes d'ivresse. A la ville, le vin, mais surtout l'anisette — ce fléau algérien — font des ravages de plus en plus effroyables. Quand il boit, l'indigène le fait avec cette immodération propre aux pri-

mitifs. Quand on ouvre les journaux locaux des grandes villes d'Algérie, la rubrique des rixes et des meurtres est souvent très achalandée et nous n'hésitons pas à déclarer ici qu'à population égale, les faits d'ivresse tragiques sont beaucoup plus fréquents dans les villes nord-africaines que dans celles de France. Du reste, comme nous le disions au début de cet article, quand on étudie les faits de criminalité relevés, presque journellement dans les centres industriels de la Métropole, on voit qu'ils sont à l'actif de ceux que le langage populaire appelle les « sidis » dans une proportion nettement supérieure à leur importance numérique vis-à-vis des autres ouvriers et que, de plus, neuf fois sur dix, ils se déroulent au cabaret ou à la sortie des cabarets.

L'indigène est hypersensible à l'alcool en raison de sa non accoutumance individuelle ou ancestrale — en raison aussi de son tempérament spécial étudié plus haut : débilité fréquente, amoralité et impulsivité natives.

La réaction tragique peut donc se produire à l'occasion d'une dose relativement minime d'alcool. Parfois, elle n'arrive qu'au stade de l'ivresse complète.

Plus rares sont les faits de délires alcooliques subaigus ou chroniques. Ils étaient exceptionnels autrefois. L'un de nous a pu souligner, pendant la guerre, l'apparition de formes mentales nouvelles presque inconnues jusqu'alors : des délires chroniques à poussées paroxystiques, à thème de persécution et à base hallucinatoire manifeste. Chez tous les indigènes examinés après leur évacuation de France et qui présentaient des psychoses hallucinatoires, nous avons presque toujours relevé l'intoxication alcoolique au front.

Voici une affaire d'expertise criminelle qui montre combien le délire alcoolique de l'indigène se superpose à celui de l'Européen :

Le 26 juin 1925, dans l'après-midi, sur la terrasse d'une maison mauresque d'Alger, le nommé Bourd... Moh... tirait, sans provocation, des coups de revolver sur une femme indigène de 45 ans, qui succombait, trois semaines après, à ses blessures. Redescendant, il blessait la fille de sa victime, qui accourait dans l'escalier au bruit des détonations, puis après avoir rechargé son arme, sortant dans la rue, blessait une troisième mauresque qui se trouvait sur le pas de la porte.

Les premiers mois de son séjour à la prison ont été marqués par des troubles mentaux manifestes. Il était agité toutes les nuits, en proie à des hallucinations ; il voyait des fantômes, répondait à des voix, semblant repousser du geste des interlocuteurs imaginaires.

Un jour, il s'est précipité dans le vide du rond-point de la prison, faisant ainsi un saut de 4 à 5 mètres sans se faire grand mal.

L'explication qu'il a donnée des coups de revolver tirés par lui paraît être celle d'un persécuté ; il s'était mis en tête que ces femmes « faisaient des sortilèges et des maléfices contre lui pour le faire divorcer et épouser la fille de l'une d'elles ; il avait vu un geste de sa première victime faisant tomber quelque chose dans son café ; quelques instants plus tard, il les a vues jeter des poudres dans un brasero ; une grosse fumée s'est dégagée ; c'est alors qu'il a tiré ».

Enfin, chez un jeune homme, de notable famille indigène, nous avons vu un alcoolisme intensif favorisé par une tendance dipsomaniaque non douteuse, aboutir à des crises épileptiques et provoquer, au cours d'un raptus anxieux dû à la jalousie, le meurtre d'une danseuse (affaire Mah...).

L'intoxication par le Kif (chanvre indien) prépare aussi aux réactions délirantes hallucinatoires et parfois meurtrières ; elle est au regard de l'alcoolisme, d'une bien moins grande fréquence, mais nous a néanmoins fourni matière, dans un cas, à une expertise criminelle.

b) Les délires infectieux. — Toutes les réactions de l'onirisme confusionnel infectieux peuvent être relevées chez l'indigène. — Nous n'avons pas eu à connaître dans notre pratique judiciaire de fait de meurtre sous cette influence ; mais les fugues, l'automatisme ambulatoire ne sont pas rares à l'occasion de certaines pyrexies propres au pays, paludisme, typhus, fièvre récurrente ; elles déterminent des raptus au cours desquels un accident meurtrier peut se produire (1).

c) Les états démentiels. — Dans 4 de nos 40 expertises, il s'agissait de sujets en pleine évolution démentielle : — *démence épileptique* dans un cas (obs. 2 de la th. d'Arrii), — *affaiblissement intellectuel progressif* avec *épisodes agités*, chez le second sujet, que sa famille du reste « entravait » au cours de ses crises d'excitation (obs. 18 de la th. d'Arrii), — dans un troisième cas, *démence paranoïde typique*. Dans le quatrième cas, le meurtre avait été commis par un vieux kabyle, au cours d'un *délire manifeste de préjudice sénile*.

En plein jour, le 9 octobre 1929, un vieux Kabyle, le nommé Bara H..., tuait froidement à coups de revolver, par derrière et sans provocation, le nommé M... Ah..., puis se constituait prisonnier.

Il déclara que la victime avait l'intention de le dépouiller.

Bara H..., en effet, qui a gagné de l'argent dans un commerce d'huile,

(1) Nous étudions en ce moment le cas d'un indigène qui tua, la nuit, une parente, au cours d'un accès très caractérisé de paludisme.

gérait sa petite fortune et la plaçait à intérêts dans le pays ; il surveillait ses placements et depuis quelque temps manifestait une certaine inquiétude ; il localisait ses craintes surtout sur le nommé M... Ah..., qui avait mauvaise réputation au village, et il prétend que celui-ci aurait voulu plusieurs fois l'assaillir, bien qu'il ne portât pas son argent sur lui. Tout cela est controuvé par l'instruction.

La vérité est que Bara H... est un avare, inquiet, que dans la Prison il s'est révélé un anxieux permanent, avec éréthisme circulatoire constant.

C'est, au surplus, un homme qui, bien qu'âgé de 65 ans seulement, paraît beaucoup plus vieux que son âge : très amaigri, cachectique, le dos voûté, s'appuyant sur un bâton, une longue barbe blanche d'où s'échappent une voie cassée et des soupirs, bref un aspect de sénile gémisseur.

Nous ne retenons ici que les faits de démence acquise évolutive, n'y faisant pas rentrer des faits de déchéance profonde, mais constitutionnelle.

d) Les états délirants chroniques. — On peut observer, chez l'indigène d'âge moyen, des états interprétatifs et délirants chroniques. Le fondement en est souvent dans des préoccupations hypocondriaques ou des obsessions génitales.

La cénesthésie est souvent troublée. Dans une formule simple, grossière même, adaptée au psychisme du sujet, on peut voir de véritables syndromes d'automatisme mental, voire des délires d'influence que le sujet, du fait de sa crédulité, comme nous l'avons exposé plus haut, rapporte à des sortilèges ou aux « djenouns ».

Et l'on peut assister alors à l'élaboration du processus réactionnel classique du persécuté persécuteur meurtrier.

Le 28 juillet 1928, le nommé Barr... Ahmed, boutiquier, était assis devant la porte de son magasin quand vint à passer le nommé Benn... Moh... accompagné d'un autre indigène ; à peine avaient-ils dépassé l'inculpé que ce dernier se levait précipitamment, se jetait sur Benn..., le renversait et le frappait de plusieurs coups de couteau mortels.

Pour toute explication, Barr... racontait qu'il était persécuté par sa victime, ainsi que par un nommé Bouss... depuis plusieurs années ; ils avaient ruiné sa santé, agissaient sur ses femmes pour qu'elles l'empoisonnent, faisaient péricliter ses affaires, etc.

« Cet homme, disait-il en parlant de sa victime, lui avait fait plus de mal que le diable en personne ». L'instruction établit qu'il n'en était rien de ses accusations et que la victime, au contraire, jouissait de l'estime générale et d'un grand prestige religieux.

L'examen médical confirmait qu'il s'agissait d'un hypocondriaque dont les troubles cénesthésiques avaient servi depuis plusieurs

années de thème à une interprétation délirante enrichie de thèmes de persécution.

Les affaires qu'il croyait périclitées, du fait de ses ennemis, n'étaient pas si mauvaises, puisqu'on trouva chez lui plusieurs milliers de francs d'économies.

Il avait répudié successivement 3 femmes, chacune d'elles s'acharnant, prétend-t-il, à lui faire prendre des ingrédients destinés à ruiner sa santé ; l'une d'elles même, ajoute-t-il, aurait poussé la malveillance jusqu'à taillader les vêtements qu'il confectionnait (il est marchand-tailleur).

« Un jour, raconte-t-il, le caïd, qui, lui aussi, m'en voulait, avait mis devant ma porte une vieille femme qui demandait l'aumône quand je sortais, et cela dans le but de me nuire, car si j'avais parlé à cette femme, mes dents seraient tombées », et nombre d'autres allusions semblables, car son interprétation délirante était des plus riches.

e) Les crises excito-motrices. — On observe fréquemment chez l'indigène des phénomènes *d'auto-excitation,* des *crises excito-motrices* sous toutes leurs formes.

Elles sont de significations diverses et parfois difficiles à interpréter. — Il y a des faits de *manie aiguë* non douteux ; ainsi que nous avons eu l'occasion de le faire déjà remarquer, la manie aiguë la plus franche revêt très souvent, chez l'indigène, la *forme coléreuse,* beaucoup plus souvent que la forme expansive, euphorique et joviale, rencontrée sous notre latitude.

Trois de nos criminels examinés avaient accompli leur acte au cours d'accès de manie évidents qui entraînaient l'irresponsabilité. L'état maniaco-dépressif était net chez le spahi qui, en Rhénanie, avait essayé de violenter une femme allemande, en plein jour, sur la place publique (obs. 17 de la Th. d'Arrii).

Dans l'histoire d'infanticide qui fait l'objet de l'obs. 12 de la Th. d'Arrii, l'accès maniaque n'est pas moins caractérisé, avec sa forme hystérique.

Le 15 janvier 1925, on découvrait à Tix..., commune de Bir..., dans un champ d'orge, le cadavre d'un enfant à terme, ayant respiré et portant des signes nets de strangulation. L'enquête permit d'établir qu'une fille d'une vingtaine d'années, Ker... Fath..., demeurant à 200 mètres, en était accouchée depuis 2 ou 3 jours. Elle fit des aveux, prétendit avoir été violée par un voisin, homme âgé, dont la femme serait venue l'assister au moment de l'accouchement et aurait emmené l'enfant.

Ker... Fath... a présenté, dès son arrivée à la prison, de grands désordres nerveux. Ces désordres correspondent à une crise d'excitation maniaque avec manifestations pithiatiques. Très agitée, elle frappait tout le monde, mordait même les autres détenues ; elle criait,

chantait, appelant « Bouguerra » ; elle réclamait qu'on lui amenât des hommes, se déshabillait, se jetait à terre, se contorsionnait, les yeux hagards, ou bien se livrait à des gestes obscènes, accumulant entre ses jambes des morceaux d'aliments qu'on retirait presque pourris. A d'autres moments, elle tombait en attaque léthargique, simulait d'être morte, pour affoler son entourage, et, au moment où on s'approchait d'elle, sautait à la gorge de ses voisines.

Le plus souvent, il s'agit de bouffées d'excitation durant de quelques heures à quelques jours, survenant chez de gros débiles déséquilibrés de l'humeur, qu'on pourrait peut-être, en forçant les cadres, faire rentrer dans une disposition cyclothymique.

Mais toutes ces crises d'excitation ne sont pas justiciables de cette catégorisation ; un certain nombre, nettement accompagnées de troubles délirants, rentreraient plutôt dans le cadre des « *bouffées délirantes* » *des dégénérés.* — Peut-être même y a-t-il, dans ces manifestations, des épisodes évolutifs d'une schizophrénie, d'une démence précoce ; mais comment parler d'affaiblissement démentiel, comment surtout le mesurer, chez des sujets dont le fonds mental est déjà si bas dans l'échelle de la débilité !

Ce lot de sujets présente des faits d'impulsivité morbide vraiment très fréquents. Nous n'en comptons pas moins de huit cas sur nos 40 observations. On en lira des histoires détaillées dans les observations 7, 8, 11, 16, de la thèse d'Arrii.

La crise d'auto-excitation coléreuse peut surgir sur *un terrain paranoïaque.* On en trouvera un bel exemple dans l'observation 14 de la thèse d'Arrii : la crise durait depuis 3 jours quand se produisit le geste meurtrier ; le calme revint de suite, mais découvrant un beau caractère de paranoïaque ombrageux, orgueilleux et irritable.

Enfin, certaines crises d'auto-excitation relèvent manifestement de *l'épilepsie mentale.*

f) Les états seconds et l'épilepsie. — Nous avons été frappés de la *fréquence des états seconds* chez l'indigène, états seconds suivis d'une amnésie complète, même pour des troubles ayant duré plusieurs jours.

A l'occasion de la guerre, l'un de nous avait déjà rapporté des faits curieux de fugue et d'automatisme moteurs étendus sur de longues périodes dans le temps et sur de longs trajets, parfaitement amnésiques. Nous possédons aussi, dans l'ordre criminel, trois faits d'épilepsie mentale des plus manifestes.

Plusieurs des sujets dont on trouvera l'histoire dans la thèse d'Arrii (obs. 2 et 3), étaient des criseurs avérés, chez lesquels

l'épisode mental troublé et amnésique n'avait pas besoin d'autres preuves de sa nature comitiale ; mais, chez d'autres, il semble que l'on se soit trouvé en face d'individus ne présentant que des accidents mentaux périodiques sans manifestations convulsives ; mais ces accidents mentaux avec leurs limites tranchées dans le temps, leur début brusque, leur réveil soudain suivi d'amnésie totale, ressemblaient tout à fait à l'épilepsie mentale pure. Tel le cas du sujet de l'obs. 1 de la thèse d'Arrii, qui tua sa femme au cours d'un de ses accès, fit ensuite une fugue impulsive de plusieurs kilomètres. Sa famille, très au courant de ses crises périodiques, le faisait régulièrement exorciser par un marabout.

Et comme il est bien dans la note du meurtre épileptique le drame suivant :

Ould... Moh..., du Cercle de Colomb-Bechar, est un grand jeune homme de 24 ans, qui, le soir même de son mariage, (16 juillet 1924), tuait sa femme à coups de couteau. Du rapport du médecin expert, il résulte qu'il y aurait eu, de sa part, un acharnement extrême, ainsi qu'en témoigne la multiplicité des plaies.

Mais, ce qui rend plus singulier ce meurtre, c'est que rien ne le faisait prévoir, et que précisément, la victime venait d'être épousée le soir même par le meurtrier. D'après les dépositions des témoins qui avaient assisté à la cérémonie du mariage, rien ne pouvait faire pressentir un pareil drame, quand les deux époux se retirèrent sous leur tente.

L'officier de police judiciaire, qui fit les premières constatations, trouva Ould... Moh... dans un état complet d'abattement, qui persista toute la journée et ne permit l'interrogatoire que le lendemain.

L'inculpé n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé et l'enquête permit d'établir qu'il était sujet à des crises convulsives périodiques.

Il y a, évidemment, dans cette fréquence des états seconds et de l'épilepsie mentale, un trait particulier de la pathologie mentale indigène que la pratique médico-légale permet de mettre en relief.

On trouvera résumés, dans un tableau ci-joint, les 40 cas médico-légaux qui ont inspiré cette étude.

Deux groupes, d'importance du reste sensiblement égale, se partagent les faits :

1) Dans le premier se trouvent réunis tous les cas dans lesquels *l'impulsivité morbide a été un accident manifestement pathologique, au cours d'états morbides bien caractérisés* (21 cas).

Tableau résumant 40 affaires médico-légales d'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien.

Classification	N°	N° de la thèse d'Arrii	Nom	Inculpation	Etat mental	Conclusion médico-légale
I. — Impulsivité au cours d'états morbides						
Alcoolisme et autres intoxications	1	15	Bou... Moh...	Meurtre (3 victimes).	Délire hallucinatoire de persécution. Alcoolisme.	Irresponsabilité. Internement.
	2		Abd. b. Abd...	Meurtre.	Alcoolisme. Dégradation morale sans tare psychopathique.	Responsabilité.
	3		Mahi... Holl...	Meurtre.	Di somanie. Alcoolisme intensif. Epilepsie acquise. Déséquilibre impulsif.	Responsabilité atténuée.
	4		Ad... Abd...	Meurtre.	Intoxication par le kif. Dégradation. Impulsivité. Meurtre.	Responsabilité.
Etats démentiels	5	2	Chef... Lou...	Meurtre de son frère.	Démence épileptique évolutive.	Irresponsabilité. Internement.
	6	18	Agu... Belk...	Meurtre.	Démence progressive. Réactions impulsives au cours de la période prédémentielle.	Irresponsabilité. Internement.
	7		Baz. Ho...	Meurtre.	Délire de préjudice sénile.	Responsabilité très atténuée.
Etats délirants chroniques	8		So... Sa...	Meurtre.	Démence paranoïde. Impulsivité.	Irresponsabilité. Internement.
	9		Bou... b. Moh...	Violence et voies de faits.	Délire d'influence. Possession par les « Djenouns ».	Irresponsabilité.
	10		Raz... All...	Assassinat.	Délire de jalousie. Anxiété. Eréthisme circulatoire.	Irresponsabilité.
	11		Bar... Ahm...	Meurtre.	Hypocondriaque persécuté, persécuteur.	Irresponsabilité.

Classification	N°	N° de la thèse d'arrii	Nom	Inculpation	Etat mental	Conclusion médico-légale
Crises excito-motrices	12	12	Ker.. Fath...	Infanticide.	Débilité mentale et déséquilibre. Accès de manie hystétiforme.	Responsabilité très atténuée.
	13	6	Aar... Al...	Meurtre.	Accès maniaco-dépressif. Jalousie impulsive.	Irresponsabilité.
	14	17	Am.., b. Br...	Tentative de viol.	Accès maniaco-dépressif.	Irresponsabilité.
	15	16	Had... Moh...	Meurtre familial (3 victimes).	Bouffée délirante. Agitation périodique chez un débile. Impulsions.	Irresponsabilité.
	16		Ma... Ah...	Fratricide.	Débilité. Déséquilibre crises d'agitation.	Irresponsabilité.
	17	8	Ker... Rab...	Voies de fait.	Débilité mentale. Déséquilibre avec accès d'agitation et impulsions.	Irresponsabilité.
	13	7	Mab... b. Mess...	Meurtre.	Débilité. Déséquilibre. Crise d'impulsion morbide en période troublée.	Responsabilité très atténuée.
	19	14	Tadj. . Oth...	Meurtre.	Constitution paranoïaque. Crise d'auto-excitation avec impulsion	Irresponsabilité. Internement.
Epilepsie	20	1	Berb... Ab...	Meurtre de sa femme.	Epilepsie mentale pure	Irresponsabilité.
	21	3	Oul... Moh...	Meurtre de sa femme le soir de son mariage.	Epilepsie mentale. Crises convulsives.	Irresponsabilité.

CLASSIFICATION	N°	N° DE LA THÈSE D'ARRII	NOM	INCULPATION	ETAT MENTAL	CONCLUSION MÉDICO-LÉGALE
II. — Impulsivité constitutionnelle (en dehors d'états psychopathiques)						
Impulsivité simple sans tares sérieuses	22		Am... b. Belk...	Meurtre.	Impulsivité simple.	Responsabilité.
	23		Gher... Sa...	Voies de fait.	Impulsivité simple. Caractère sournois, brute, violent.	Responsabilité.
	24		Moh... b. Kha...	Meurtre.	Impulsivité simple.	Responsabilité.
	25		Bra... Al...	Meurtre (3 victimes).	Instincts grossiers. Brutalité. Autoritarisme. Impulsivité simple.	Responsabilité.
	26		Bou, L. ak..	Meurtre.	Instincts grossiers. Inadaptation sociale.	Responsabilité.
	27		Ab... B..,	Tentative de meurtre.	Impulsivité. Débilité et instabilité mentale légère.	Responsabilité.
	28		Ab... Sa..,	Meurtre.	Impulsivité sans tare spéciale.	Responsabilité.
Impulsivité par Superstition	29	19	Neb... Abd...	Meurtre d'un « roumi ».	Exaltation religieuse simple sans autre trouble psychique chez un indigène mystique. Xénophobie.	Responsabilité.
	30	20	Ahm... b. Boy...	Meurtre d'un « taleb ».	Préoccupations hypocondriaques sans délire ni débilité, accusation de sortilège inopérant.	Responsabilité.

Classification	N°	N° de la thèse d'arrivi	Nom	Inculpation	Etat mental	Conclusion médico-légale
Impulsivité sur terrain de débilité mentale et de déséquilibre — Perversions instinctives et constitutions morbides	31		Dj... Abd...	Assassinat et tentative de meurtre.	Déséquilibre de l'imagination et de l'humeur. Crédulité. Mianee.	Responsabilité atténuée.
	32		Abd... b. Moh...	Meurtre de sa belle-sœur.	Débilité. Crédulité. Utilitarisme grossier. Brutalité des réflexes instinctifs.	Responsabilité atténuée.
	33	13	You... Sabe...	Meurtre d'un aveugle sans défense.	Débilité mentale légère. Amoralité. Cynisme. Dissimulation.	Responsabilité légèrement atténuée.
	34	11	Al... b. Moh...	Parricide.	Dégénéreseence. Déséquilibre. Folie morale. Crise d'impulsivité.	Responsabilité très atténuée.
	35	10	Mess... Di...	Meurtre de sa femme.	Instincts grossiers. Arriération mentale. Jalousie impulsive.	Responsabilité très atténuée.
	36		Mer... Al...	Meurtre.	Débilité mentale. Réaction de frayeur.	Responsabilité très atténuée.
	37		Gho... Moh...	Assassinat.	Débilité mentale.	Responsabilité atténuée.
	38		Ad... Abd...	Meurtre.	Débile. Dégénéré. Suggestible. Troubles profonds des tendances instinctives.	Irresponsabilité.
	39	9	Saf... Bra...	Meurtre de sa femme.	Troubles profonds des tendanees instinetives et de l'affeetivité. Tares nervenses avee eonservation de l'intelligenee.	Responsabilité atténuée.
	40		Da... Al...	Parricide.	Surdi-mutité. Tendanees égoïstes. Troubles de l'humeur.	Responsabilité atténuée.

Nous cotoyons ici la pathologie métropolitaine et ce sont les mêmes états psychopathiques qui sont en cause au regard de la réaction impulsive : intoxications, états délirants ou démentiels. Toutefois, on doit souligner la fréquence relativement grande des crises excito-motrices de toute nature et toujours à forme coléreuse et impulsive : disposition cyclothymique périodique, bouffées délirantes ou paranoïaques ; si l'on y joint la fréquence que nous avons signalée de l'épilepsie mentale, on a déjà la preuve, à travers la pathologie, qu'il y a, dans le tempérament indigène, une impulsivité spéciale, une facilité de réflexes coléreux et tragiques auxquelles nos populations métropolitaines ne nous habituent pas au même degré.

Si l'on totalise ces crises excito-motrices et les cas d'épilepsie, on arrive à dix, soit la moitié des faits pathologiques relevés par nous.

On pourra discuter sur ce groupe des crises excito-motrices au profit d'autres rubriques, elles-mêmes incertaines et contingentes ; il n'en reste pas moins qu'il s'agit de faits fréquents et que, chaque fois que l'excitation apparaît chez l'indigène, épisodiquement, au cours d'un état psychopathique, elle prend une forme violente et impulsive qui lui est propre.

2) Mais, où le tempérament vraiment spécial se révèle, c'est en dehors des faits nettements pathologiques.

Notre second groupe réunit, sous le titre d'*impulsivité constitutionnelle*, les cas où, quelque étrange qu'ait pû paraître le crime par la futilité des mobiles, le caractère de sauvagerie de l'acte, l'amoralité foncière, l'absence de remords et le fatalisme cynique du meurtrier, il ne saurait être considéré cependant comme un accident pathologique ; il tire son énormité des éléments même de la personnalité, tenant à la race, aux mœurs, aux croyances, au jeu des instincts.

Nous avons vu que les principaux facteurs en étaient :

a) dans l'ordre psychologique, la débilité mentale foncière, doublée de crédulité et de suggestibilité, les tendances à l'entêtement et à la persévération mentale qui rendent difficiles les rectifications du jugement ou de la logique extérieure, les préoccupations d'ordre végétatif et instinctif qui l'emportent sur celles d'ordre affectif et intellectuel ;

b) dans l'ordre moral et social, la faiblesse du sentiment social dans ses formes altruistes, le mépris de la vie humaine, la fragilité du sentiment familial — tout cela surtout au regard de l'ins-

tinct farouche de possession sous l'une de ses deux formes habituelles : l'intérêt pécuniaire et la jalousie.

Or, ce second groupe réunit la moitié de nos expertises (19 sur 40).

C'est assez dire l'importance énorme des facteurs constitutionnels.

*
**

N'ayant eu en vue, dans ce travail, qu'une étude en quelque sorte « psycho-dynamique » de l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien, nous nous abstiendrons de trop longues considérations médico-légales.

Il suffira de se reporter au tableau ci-joint pour voir que tous nos cas pathologiques — à l'exception de deux cas d'intoxication sans délire — ont abouti à une conclusion d'irresponsabilité et à une demande d'internement.

Par contre, dans les faits d'impulsivité constitutionnelle, le principe de la responsabilité a été maintenu pour la plupart ; dans les cas où le substratum psycho-organique était manifestement trop au-dessous de la moyenne indigène, nous n'avons pas hésité à apporter toutes les atténuations nécessaires.

De quelque idée directrice que l'on s'inspire : protection sociale, valeur éducative de la peine, la justice en pareil cas doit suivre son cours. Ajouterons-nous que notre rôle de nation civilisatrice donne en ce pays à la Justice une portée peut-être plus grande que dans la Métropole.

Ne perdons pas de vue que c'est surtout par des exemples et des sanctions qu'on apprendra à ces êtres frustes et trop instinctifs que la vie humaine doit être respectée, que l'intérêt individuel a ses limites dans l'intérêt collectif ; besogne ingrate, mais nécessaire, dans l'œuvre générale de civilisation à laquelle nous sommes tous appelés à collaborer.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Décembre 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

PRÉSENTATIONS

Hypomanie délirante, par MM. LÉVY-VALENSI, MASQUIN, et MARESCHAL (*Présentation de malade*).

Les 2 malades que nous présentons aujourd'hui à la Société nous ont paru intéressants à un double point de vue. Ils ont donné lieu à des réactions médico-légales très comparables, ils présentent tous deux un état hypomaniaque, que des accès mélancoliques antérieurs permettent de rattacher à la psychose maniaque dépressive.

M. C., âgé de 41 ans, employé de commerce, est arrêté le 17 novembre 1932 sur réquisition d'un huissier du Ministère de l'Intérieur parce qu'il avait pénétré d'autorité dans le bureau du Ministre. Conduit à l'Infirmerie spéciale il est dirigé vers l'admission de Sainte-Anne, puis dans le service du Pr Claude.

A l'examen il se montre gai, sthénique, plein d'entrain et de bonne humeur ; il parle d'abondance sur un ton légèrement déclamatoire et très rapidement l'examen tourne à la conférence politique. Interrogé sur le début de ses troubles il nous donne les renseignements suivants : A l'âge de 19 ans il présenta pour la première fois un épisode dépressif qui dura un an. « J'étais triste sans savoir pourquoi ; j'étais fatigué le soir et bien plus encore en me levant ; j'étais accablé de tristesse, une de ces tristesse qui pourrait vous conduire au suicide... » Après un an de cet état le malade brusquement se sent...

« du goût à la vie, du goût pour la poésie et le théâtre, c'était tout le contraire de ce que j'étais avant et depuis, jamais je ne suis retombé dans la dépression, même au sanatorium, où j'ai fait 5 séjours pour tuberculose, je jouais dans toutes les pièces, je composais des chansons, des revues, j'ai fait partie de toutes sortes de Sociétés d'amateurs, je suis un petit Molière, auteur, acteur, organisateur... » Cependant cette activité littéraire ne semble pas déborder par trop sur ses occupations professionnelles. Dès avant la guerre il occupe en Lorraine annexée un poste de magasinier dans un entrepôt de produits chimiques et il a sous ses ordres une quinzaine d'employés ; pendant la guerre il n'est pas mobilisé mais remplit les fonctions d'infirmier dans les hôpitaux allemands.

Il semble que ce soit après la guerre que l'activité politique vienne doubler chez lui l'activité littéraire. Il est séduit par la politique de Clemenceau ; de démocrate qu'il était (par hostilité contre l'Allemagne) il devient « un monarchiste absolu », il s'affilie à « l'Action Française » dont il est bientôt exclu « pour indiscipline », dit-il ; il polémique dans de petits journaux locaux, fait des conférences, s'agite et se rend tellement insupportable que la police le traque perpétuellement et que ses patrons sont obligés de le remercier. Après avoir prodigué aux journaux de Paris des lettres où il flétrit la politique de Briand qu'il considère comme néfaste à la France, il envoie en novembre 1930 à M. Briand alors Ministre des Affaires étrangères une lettre recommandée dans un style où l'argot et les néologismes rappellent certains articles d'un polémiste d'extrême-droite et il termine sur ces menaces : « Je t'avertis solennellement de faire attention à ta peau, pantin ou gredin, je t'assure de mon plus profond mépris. »

Une copie de cette lettre est envoyée à la Chambre des Députés et à plusieurs ministères.

En décembre 1930 c'est à M. Doumergue, alors président de la République que s'adresse notre malade pour le prier très respectueusement, d'ailleurs, de ne pas confier la formation du ministère à M. Briand « que j'ai qualifié de gredin ou de pantin dans une lettre dont vous avez eu certainement connaissance », ajoute notre malade.

Puis c'est une seconde lettre à M. Briand pleine de déclamations antidémocratiques et de critiques de la politique pacifiste du président du Conseil. Aucune menace nette, cette fois ; la lettre se termine par ces mots : « pour l'instant je me contente de t'observer, et voilà tout, triste citoyen ». Copie de cette lettre est communiquée au Sénat, à la Chambre et à plusieurs journaux.

C'est alors (janvier 1931) que se place la 3e lettre à M. Briand, lettre qui conduira le malade en prison et qui contient des menaces de mort... « Je te rencontre aux Folies Bergères et là je te colle une balle dans la peau. »

Arrêté en mars 1931 il fait 8 jours de prison, vraisemblablement à titre préventif, puisqu'il ne fut pas jugé. Il fut examiné par un aliéniste, le Dr Gerhardt qui, nous dit le malade, le reconnut pleinement

responsable. (Dans l'intervalle il écrit à la S. D. N. et à la Chambre des Députés).

C'est alors qu'il était détenu à la prison de Metz que se produit un phénomène sur lequel le malade, pour une fois, est très réticent. « Il s'est senti comme soulevé de terre ». « Je me suis dit : ce sont mes ennemis politiques, et pourtant je ne rêvais pas, je dormais, cependant, ça ne s'explique pas, c'est comme dans un rêve... » En même temps a eu une vision... « une révélation par les yeux de la pensée, semblable a quelque chose que j'avais déjà vu une une première fois par les yeux... » Ne veut point préciser parce que « son heure n'est pas venue et qu'il faut être prudent ».

Quoiqu'il en soit le ton des lettres qu'il écrira ultérieurement va changer. Il ne donnera plus de conseils, d'avertissements, mais des *ordres*. « Je vous somme, écrit-il, en avril 1931 aux députés, de renverser immédiatement le ministère Laval et je vous *défends* d'élire M. Briand, président de la République... » « Le sort de M. Briand est définitivement entre mes mains et j'assure qu'il ne sera jamais président de la République... » et en exergue il écrit : « L'Etat c'est moi. »

Enfin par une dernière lettre datée du 1er mai 1931 et débutant toujours par cette fière devise : « l'Etat c'est moi », il envoie un « Ultimatum au ministère Laval » et ordonne d'arrêter M. Briand. « Je prends, dit-il, devant Dieu, devant l'Humanité et devant l'Histoire la responsabilité de l'exécution de cet ordre. »

Sûr maintenant de sa mission il fait un premier voyage à Paris en mai 1931 « pour faire échouer la candidature de M. Briand à l'Elysée ». M. Doumer est élu, notre malade triomphe et sait toute la part qui lui revient dans l'échec de M. Briand ; il regagne alors Metz. Un mois après il revient à Paris et se présente à l'Elysée. Reçu par un secrétaire, nous explique-t-il, « il ne peut obtenir le concours financier qu'il attendait du ministère de l'Intérieur », et il est reconduit à Metz par les soins et aux frais de la Sûreté générale.

Il n'en prodigue pas moins aux dirigeants ses directives par des lettres fréquentes, puis vers la mi-novembre il part pour Paris n'osant confier à la poste d'importants documents. Il va au Ministère de l'Intérieur muni de ces précieux papiers et sollicite sa nomination au titre de conseiller secret du Gouvernement aux appointements de 24.000 francs par an. L'huissier cherche à l'éconduire, mais le malade pénètre d'autorité dans le bureau du Ministre et est arrêté.

Interrogé sur les services qu'il pouvait rendre au Gouvernement il répond par les déclarations suivantes :

« J'ai le don de connaître, je suis forcé de parler et d'écrire tout, « de même qu'un poète a *l'inspiration*... Oui, j'ai une mission divine, « je prévois tout et chaque fois je mets dans le mille... J'ai établi « une métaphysique, en quelque sorte je détruis un monde pour en « créer un autre, c'est formidable !...

« Dans une telle mission, j'éprouve toutes les satisfactions de « l'esprit... *Je suis un homme heureux !...* »

« J'ai *vu* quelque chose que je ne vous dirai pas... vu par les yeux ! « et par les yeux de l'esprit !...

« La Muse qui a inspiré Jeanne d'Arc, Napoléon et Clemenceau, « c'est elle qui m'inspire ! J'ai le secret ! et les savants le trouveront « dans mon testament. »

Chez un tel malade, le sentiment d'exaltation affective, d'inspiration perpétuelle donne une physionomie particulière à son délire. C'est un véritable délire de puissance, un délire de favorisé qui s'oppose aux délires des persécutés grandes victimes ! Cette absence de réaction paranoïaque dans les délires liés à la psychose maniaque dépressive mérite d'être signalée. Une autre particularité de ce malade, c'est qu'une tuberculose apicale a déterminé des troubles pupillaires qui, joints au délire mégalomaniaque, pourrait faire penser à la phase de « dynamie fonctionnelle » de la paralysie générale au début. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué, les réactions ont été négatives.

Ajoutons qu'un frère du malade est mort dans un asile d'aliénés, à l'âge de 28 ans.

L'autre malade que nous voulons présenter à la Société : M. J., est âgé de 55 ans ; après avoir tenu un petit commerce de vins, il fut cultivateur en Lorraine. Il a suivi le même trajet que le précédent malade et est venu lui aussi de la Lorraine jusqu'au Palais de l'Elysée. Il est venu avec une camionnette chargée de son mobilier pour emménager à la place de M. Lebrun. Questionné à la porte de l'Elysée, il déclara être nommé roi de France par l'Assemblée de Versailles. Il fut dirigé sur l'Infirmerie Spéciale, puis sur l'Admission de Ste-Anne et enfin dans le service du Professeur Claude.

Sa présentation est affable et souriante, son ton monotone.

Le début des troubles remonte à janvier 1930. A ce moment. le malade se sentit triste et déprimé. « Je ne pouvais plus dire un mot. » Fatigué de la culture, il décida de vendre sa ferme pour le prix de 30.000 fr., mais il lui sembla à ce moment qu'un complot était ourdi contre lui pour l'empêcher de trouver des acquéreurs et faire tomber les prix. Il dormait mal, se plaignait d'une grande lassitude au réveil et n'avait plus d'appétit (pendant 4 mois d'ailleurs il cessa toute alimentation carnée). Il eut très peur à ce moment d'être accusé de l'écroulement d'une route que les pluies avaient détrempée.

Il lui semblait que les offres de 12.000 fr. qui lui avaient été faites pour sa maison étaient une dérision, et si on montait jusqu'à 28.500 au lieu de 30.000 qu'il demandait, c'était encore pour se moquer de

lui. La famille de sa femme devait sûrement lui en vouloir et en particulier son beau-frère, parce qu'il ne pouvait plus travailler. Sa femme fait alors une congestion cérébrale, tout l'accable. Sa santé, à lui, est chancelante, il a souvent de petits accès fébriles, et comme il a une vieille cardiopathie qui remonte à l'enfance il a des « palpitations ». Vers la fin de mars 1930, alors qu'il se promenait seul, comme à son habitude, dans les bois, son cœur se mit à battre plus fort et il lui sembla qu'une voix dans son cœur lui parlait pour le consoler et lui révéler le complot ourdi contre lui. En janvier 1931, une nuit, il rêve qu'il est décoré de la Légion d'honneur et du Mérite agricole, cela le console un peu. C'est en octobre 1931 que « la voix du cœur lui annonce qu'il va être nommé Président de la République par la Société des Nations ».

En février 1932, sa femme meurt. Le malade reste seul et fait alors un accès mélancolique net. Il pleurait jour et nuit, lisait sans arrêt son livre de messe, ne parlait à personne, se promenait en disant son chapelet, restait quelquefois plusieurs jours sans manger pour se sanctifier. Il distribue son argent, 100.000 fr., au curé de l'endroit (actuellement procès en cours intenté par la fille au curé qui refuse de rendre l'argent), fait faire un tombeau de 18.000 fr. à sa femme, donne 150.000 fr. à sa fille, et distribue 50.000 fr. aux gens qui venaient le solliciter.

En avril 1932, deux jeunes filles en costume lorrain, se disant de villages voisins, viennent lui demander de l'argent. Notre malade n'en a plus, il n'a que des pots de confiture qu'il leur donne, mais « une voix du cœur » l'avertit qu'il a devant lui la fille du duc de Rohan et la fille du roi d'Angleterre ; il le leur dit, elles se sauvent. Vers ce même mois d'avril, les voix lui parlent de nouveau « par le cœur », elles lui apprennent qu'il a été nommé, non plus Président de la République, mais roi de France, par les Chambres réunies à Versailles, et qu'il a été élu à 200 voix de majorité.

Depuis septembre 1932, à l'état de dépression fait suite un état d'excitation ; il est heureux, sûr de son fait, il est roi, et comme on refuse de le croire dans le pays, il commence à déménager son mobilier, fait un dernier retrait de fonds à la banque et part pour Paris. C'est lorsque la camionnette qui transportait ses bagages vint s'arrêter devant l'Elysée qu'il fut arrêté.

On est frappé, tout au long de l'interrogatoire, par la pauvreté du délire, par le ton monotone du malade, réalisant une hypomanie pauvre, dont les seuls éléments typiques sont l'euphorie, la bienveillance, l'aménité, l'aisance. L'hypomanie évolue ici sur un fond de débilité mentale, chez un breton inculte, peut-être prématurément affaibli. La notion d'accès mélancoliques antérieurs nous semble cependant un argument sérieux en faveur d'une psychose maniaque dépressive. Aucun signe neurologique de

paralysie générale. Notons, par ailleurs, que les réactions humorales sont négatives.

Les deux malades que nous avons présentés nous ont semblé différents de ceux étudiés par Masselon et Bessière, qui voient dans les manies délirantes une association de la paranoïa et de la psychose périodique ; ils semblent, par contre, assez comparables à ceux décrits par MM. Abély et Bauer en 1926, et par M. Massault en 1930, chez lesquels il n'a pas été observé non plus de constitution paranoïaque antérieure.

Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique, par MM. H. Claude, H. Baruk et J. Forestier (*Présentation de graphiques*).

Parmi les diverses toxi-infections qui peuvent jouer un rôle dans l'étiologie des états schizophréniques, la colibacillose mérite, pensons-nous, d'attirer l'attention.

Nous rapportons, ci-dessous, un certain nombre d'observations cliniques soulignant les relations entre les poussées colibacillaires et des états de désagrégation psychique.

De nombreuses données bactériologiques et expérimentales montrent d'ailleurs le caractère neurotrope du colibacille et de certaines de ses toxines.

Voici tout d'abord nos observations résumées (1) :

Obs. I (Résumé). — Mme L., 28 ans actuellement. En 1926, au début d'une grossesse, présente des symptômes de pyélonéphrite colibacillaire qui nécessite des lavages vésicaux. Son état général s'aggrave, fièvre, tendances confusionnelles aboutissant à un véritable état délirant et à un accouchement prématuré à 5 mois. Par la suite, persistance de l'état de confusion, délire, indifférence complète aux événements, ne s'est même pas doutée de son accouchement et de la disparition de son enfant. En novembre 1926, l'aspect clinique est celui d'une démence confusionnelle, mutisme ou verbiage incohérent, inaffectivité absolue à l'égard de l'entourage, facies inexpressif, gestes amorphes. Cet état se prolonge encore pendant 6 mois, puis une détente se produisit ; vers le mois de mai 1927, l'amélioration fut assez prononcée pour que la malade puisse venir suivre un traitement à Paris. A cette époque, le tableau était celui d'un état confusionnel post-infectieux ; toutefois, on remarque une certaine attitude figée, une très grande lenteur de l'idéation et surtout une amnésie de fixa-

(1) Les observations détaillées seront publiées dans la thèse de l'un de nous. Forestier : *Les psychoses colibacillaires.*

tion intense avec fabulation. La malade conserve une indifférence complète à son changement de milieu dont elle ne se rend pas compte ; cette apparence de syndrome de Korsakoff ne s'accompagne pas d'ailleurs de symptômes nets de polynévrite. L'amnésie persista pendant des mois, rendant la surveillance absolument nécessaire autour de la malade qui était incapable de s'habiller seule et de prendre soin en aucune façon de sa personne. Elle reste complètement indifférente à sa situation. L'examen des urines montre qu'il existe toujours des colibacilles ; la température est constamment aux environs de 38° le soir et descend rarement le matin à 37°6-37°8.

Vers la fin de 1927, on est surtout frappé de plus en plus par l'attitude figée de cette malade, par l'absence de mouvements pendulaires des membres supérieurs dans la marche ; elle s'avance tout d'une pièce, regardant fixement devant elle et sans tourner la tête ; les gestes sont lents ainsi que la parole qui est monotone. Il n'y a pourtant pas de phénomènes de la roue dentée et de raideur à proprement parler dans les mouvements imprimés aux membres. Les troubles de la mémoire deviennent moins prononcés au début de 1928 ; la malade s'efforce de retrouver la notion des choses, de s'orienter, d'exercer sa mémoire ; elle réalise ainsi des progrès, mais est encore incapable de s'occuper de ses soins de toilette seule, de lire, d'écrire, etc...

A la fin de 1928, la diminution de l'amnésie et de la confusion, l'adaptation plus grande au milieu extérieur, ont permis à cette jeune femme de sortir seule, mais elle conserve toujours cette attitude guindée, absence complète d'aisance dans les gestes. Sa mémoire est toujours très défaillante, en même temps que l'on constate des progrès dans l'amélioration des troubles psychiques et du comportement général. Les urines redeviennent plus claires, et en 1929, après une cure à Evian, la colibacillurie a disparu.

A la fin d'octobre 1929, le retour à la vie familiale est possible. Il subsiste surtout une grande fatigue intellectuelle et physique. Au début de 1930, on assista à un retour de la colibacillurie ainsi qu'à des accidents fébriles. La malade se plaignit de phénomènes de mentisme ; elle était assiégée constamment par un défilé d'idées et d'images s'atténuant par périodes et reparaissant avec une légère réaction anxieuse. Dans le cours de l'année 1930, l'état mental s'améliora considérablement et elle put reprendre ses occupations dans sa maison tout en conservant une certaine lenteur intellectuelle et une imprécision dans les souvenirs qui lui enlève toute assurance. Au début de l'année 1931, les progrès étaient encore plus sensibles, la colibacillurie a disparu, et l'on put autoriser une nouvelle grossesse, mais au cours de celle-ci une nouvelle poussée de pyélonéphrite avec bactériurie se produisit et prit vers la fin du quatrième mois un caractère inquiétant avec troubles de l'état général, état fébrile, etc., sans modification grave de l'état psychique. Un traitement énergique par la désinfection urinaire et le sérum de Vincent apporta bientôt une amélioration considérable, et la grossesse put se poursuivre sans inci-

dents jusqu'au 8e mois où cette personne accoucha d'un enfant prématuré au mois de juillet. Les suites furent normales absolument, aussi bien pour l'enfant que pour la mère. La colibacillurie avait disparu au mois d'octobre dernier et l'état psychique était devenu très voisin de la normale avec toutefois une légère dysmnésie. Quant au syndrome parkinsonien, il avait complètement disparu.

Observation II (Résumé). — M. Bl., âgée de 17 ans.

1er août 1930. Brusquement, au cours d'une excursion en montagne, fièvre 40° et douleur lombaire. Le lendemain, pyurie et pyélonéphrite nécessitant un alitement de 3 mois.

Au décours de cette grave pyélonéphrite, état dépressif atypique : fatigue, tendance à l'isolement, troubles du courant de la pensée (mentisme, ébauche d'automatisme mental, arrêts du courant de la pensée, absences), discordance (rires immotivés), ébauche de catalepsie, pâleur, troubles intestinaux, mauvais état général.

Janvier 1930. Mis au repos, traitement des troubles intestinaux. Amélioration du teint et de l'état général. *Amélioration très nette et parallèle de l'état mental.*

8 février. Brusquement réapparition de constipation et de coliques; traits tirés, pâleur, langue saburrale. Reprise parallèle des troubles mentaux (troubles cénesthésiques, hallucinations auditives, discordance de nouveau).

Examen des urines : *pyurie. Colibacillurie très nette.*

Février-juin. Cure de repos à Font-Romeu. Amélioration de l'état général, mais persistance des troubles mentaux.

A son retour en juin, aspect typique de la démence précoce (apathie, indifférence, incohérence, discordance). *Colibacillurie intense et persistante.* Examinée par le Pr Vincent. Début de sérothérapie, mais incomplète. N'a pu être suivie. Evolution vers la démence précoce confirmée.

Observation III (Résumé). — Mme Re..., 33 ans.

Début en juin 1930 : pyélonéphrite *colibacillaire gravidique.* L'accouchement a lieu ensuite sans incidents. Peu après, apparition d'un état *dépressif et confusionnel* (fatigue, troubles de l'orientation et des perceptions, léger onirisme. Au retour à Paris en septembre, réapparition de la confusion mentale et d'une vive anxiété. Soignée à la maison de santé de Suresnes. L'anxiété s'atténue mais fait place peu à peu à des troubles fins du courant de la pensée, à des hallucinations olfactives et psychiques. Quelques mois après, apparition de langage symbolique, perplexité. Soignée ensuite à la Malmaison.

Examen bactériologique : *Colibacillose intense.* Aggravation progressive des troubles mentaux vers la discordance. Ebauche de traitement par le sérum de Vincent (mais seulement en injections sous-cutanées), éruption sérique. Pas de modifications de l'état mental. Sort de la maison de santé. Revue en octobre 1931. Aspect typique de

la démence précoce (regard vague, absent, indifférence absolue, incohérence, absence d'initiative, catalepsie, etc..., engraissement marqué).

Observation IV (Résumé). — Mlle M..., 25 ans.

Long passé intestinal et digestif datant de l'enfance, avec, dès l'âge de 13-14 mois, des accès fébriles, avec diarrhée, selles fétides. Soignée par le Pr Marfan.

Nombreux accès de troubles digestifs se poursuivant à intervalles variables. On incrimine l'insuffisance hépatique. Puis élimination et découverte de vers intestinaux (ascaris et trichocéphales).

A 23 ans, nouvelle crise digestive (douleurs abdominales, état saburral, fièvre). On pense à la colibacillose. Traitée par le vaccin anti-colibacillaire.

A 24 ans, brusquement, fatigue, troubles intestinaux, tristesse, puis brusquement crise d'agitation, mouvements désordonnés, grands gestes, aspect de pathéticismus, crises nerveuses. En même temps, fièvre à 38° durant une dizaine de jours, selles fétides.

Depuis lors, alternatives de rémissions et de reprises. Finalement évolution vers un état de dissociation à type hébéphrénique. Actuellement, délire touffu, avec troubles cénesthésiques, sensation de transformation de la personnalité, syndrome d'influence, automatisme incohérent, crises d'agitation par intervalles.

Examen des urines le 15 mars 1932 : a révélé une colibacillurie. Un nouvel examen est en cours.

Observation V (Résumé). — Mme M., 55 ans (vue avec le Dr Laporte).

Long passé intestinal et nerveux depuis l'âge de 20 ans. A ce moment là, en 1898, au cours d'une grossesse, *appendicite* grave avec abcès entraînant une fausse couche. L'année suivante, *douleurs lombaires*, fièvre (38°-38°7) qui durent 3 mois.

Depuis lors, incidents continuels et mauvaise santé avec troubles intestinaux et nerveux. Malaises, fatigue, irritabilité, émotivité.

En 1902, ébauche de crise cataleptique : sensation d'évanouissement, puis immobilité absolue, les yeux fermés pendant quelques instants. Crises à intervalles variables.

En 1907, apparition de troubles hépatiques : cholécystique à crises successives. Ablation de la vésicule en 1912.

Peu à peu, aggravation progressive des troubles digestifs et nerveux : période de somnolence, « vertiges de tête », suivant l'expression de la malade, crises de nerfs (cris, larmes), troubles auditifs, gêne de la parole, asthénie extrême.

En 1921, premier examen bactériologique par le Dr J.-C. Roux qui met en évidence une *colibacillurie intense*. Identification des microbes, préparation d'un bactériophage. Amélioration passagère. Mais, de nouveau, irritabilité, fatigue extrême, troubles de la vue (brouillée), torpeur, avec des alternatives de rémission et d'aggravation.

Nombreux examens bactériologiques avec parallélisme des poussées de troubles mentaux, intestinaux et des poussées colibacillaires.

Plus récemment, poussées confusionnelles et délirantes, avec obnubilation visuelle et vertiges. Soignée alors par Mauté d'abord par un vaccin anticolibacillaire, puis par un auto-vaccin. On essaye le sérum de Vincent, mais seulement sous-cutané.

Amélioration partielle, mais les colibacilles ne disparaissent pas des urines.

Ultérieurement, l'état s'aggrave. Les urines restent bourrées de colibacilles, malgré un traitement par le colisoude. Peu à peu, confusion mentale, délire avec idées d'auto-accusation, et enfin stupeur catatonique, avec raideur intense, négativisme, mutisme, refus d'aliments, troubles entrecoupés de signes de désagrégation psychique (hallucinations auditives, syndrome d'influence, perplexité). Constipation intense. Mauvais état général. Urines opalescentes et bourrées de colibacilles.

En résumé, parmi les observations précédentes, les unes ont trait à des pyélonéphrites aiguës — soit à frigore, soit gravidiques, suivies de l'entrée en scène des troubles mentaux. Les autres, au contraire, concernent des malades présentant un très long passé intestinal et colibacillaire remontant parfois à l'enfance.

Dans ces cas, les troubles mentaux se sont développés progressivement, s'aggravant insensiblement au fur et à mesure des poussées successives colibacillaires et aboutissant finalement à un tableau schizophrénique et même, dans un cas, à la catatonie.

Chez ces divers malades, on constate souvent un parallélisme, parfois impressionnant, des poussées de troubles intestinaux, de colibacillurie et des troubles mentaux.

Ces diverses données cliniques permettent donc déjà de soupçonner le rôle étiologique du colibacille dans certains cas de démence précoce. Sans doute l'interprétation des seules données cliniques est toujours complexe, et de multiples facteurs peuvent être en jeu ; le rôle du terrain, en particulier, n'est pas négligeable. A ce point de vue, parmi les observations que nous venons de rapporter, on pouvait noter chez certains de ces malades l'existence d'antécédents nerveux, soit personnels, soit héréditaires. Il en était ainsi, notamment, dans les observations I, II et III. Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'infection colibacillaire, survenant chez des sujets à système nerveux déjà fragile, détermine des troubles nerveux et mentaux plus accentués. Peut-être même l'état préalable du système nerveux et des centres végétatifs joue-t-il un rôle dans la localisation de l'infection. Le problème du rôle respectif de l'action toxi-infectieuse et du terrain se pose de la même façon en ce qui concerne la colibacillose qu'en

ce qui concerne le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la démence précoce, comme nous y avons insisté récemment.

Aux données cliniques précédentes viennent s'ajouter des données bactériologiques et expérimentales très importantes, relativement à l'affinité du colibacille et de ses toxines pour le système nerveux central.

Citons, à ce sujet, les cas publiés de méningite et d'épendymite à colibacille (en France Lemierre (1), Nobécourt et Pasquier (2), Braillon et Merle (3), Lereboullet et St-Giron (4), d'Alloco en Italie, etc...).

D'autre part, les recherches expérimentales ont apporté sur l'action neurotrope du colibacille des données très intéressantes.

Déjà Gilbert et Lion (5), Thoinot et Masselin (6), Roger (7), avaient étudié les myélites expérimentales colibacillaires. Mais c'est surtout le professeur H. Vincent (8), qui a réussi à isoler les deux toxines enterotrope et neurotrope, et a montré le rôle important de cette dernière dans la genèse, non seulement de paralysies, mais de troubles du comportement des animaux.

Ces diverses recherches ont été couronnées par la mise au point d'un sérum thérapeutique actif à la fois contre un grand nombre de races de colibacilles et contre leurs toxines.

Nous avons rapporté quelques essais thérapeutiques effectués à l'aide du sérum de Vincent, mais malheureusement ces essais ont été d'une part trop tardifs, d'autre part incomplets, l'administration du sérum devant être faite, non seulement en injec-

(1) Lemierre. — L'ensemencement du sang pendant la vie. Procédé d'investigation clinique. *Thèse de Paris,* 1903-1904.

(2) Nobécourt et Du Pasquier. — *Soc. de Pédiatrie,* 18 nov. 1902.

(3) Braillon et Merle. — Méningite aiguë à colibacilles. *Bull. et Ann. Société médicale des Hôp. de Paris,* 1914, p. 342.

(4) Lereboullet et St-Girons. — La forme intermittente comateuse de la colibacillose du nourrisson. *Le Nourrisson,* 1927, et *Thèse* de J. Castellaut, 1927.

(5) Gilbert et Lion. — Des paralysies produites par le bacille d'Escherich. *C. R. Soc de Biologie,* 13 février 1892.

(6) Thoinot et Masselin. — Contribution à l'étude des localisations médullaires dans les maladies infectieuses. Deux maladies expérimentales à type spinal. *Revue de Médecine,* 1894, p. 449.

(7) Roger. — Les poisons solubles des bacilles coli et leur action sur la grenouille. *Soc. de Biol.,* 1894.

(8) H. Vincent. — Sur la pluralité des toxines du bacille coli et sur les bases expérimentales de la stérothérapie antibacillaire. *C. R. Académie des sciences,* 1925.

H. Vincent. — Sur les effets pathogènes exercés chez l'homme et l'animal par l'exotoxine neurotrope du bacillus coli. *Acad. des sciences,* 2 sept. 1929.

H. Vincent. — Toxi-infection colibacillaire et neurotropisme. *Arch. int. de Neurol.,* déc. 1930.

tions sous-cutanées, mais encore au niveau du principal foyer colibacillaire, c'est-à-dire au niveau même du bassinet.

Notons enfin que, en dehors de son affinité neurotrope, le colibacille a également une affinité vasculaire très spéciale, comme le montrent non seulement les constatations cliniques, mais encore les constatations expérimentales de Thoinot et Masselin.

Ce fait mérite tout particulièrement d'être souligné à propos d'une affection comme la démence précoce, où les troubles vasculaires sont si étroitement intriqués avec les troubles psychiques et constituent souvent un des symptômes les plus saillants.

M. MARCHAND. — C'est avec un grand intérêt que j'ai écouté la communication de M. Baruk. A la séance précédente de la Société, MM. d'Hollander et Baruk nous avaient déjà montré le rôle que peut jouer la tuberculose dans la pathogénie de la démence précoce. Aujourd'hui, M. Baruk nous apporte plusieurs observations dans lesquelles la colibacillose semble bien être en cause. Je ne doute pas que d'autres états infectieux seront invoqués, et ceci confirme la thèse que je soutiens depuis longtemps, puisque mes premiers travaux sur cette question datent de 1904, à savoir que le syndrome démence précoce peut être conditionné par une encéphalite et que cette encéphalite présente histologiquement les caractères d'une encéphalite toxi-infectieuse. Quand je publiai mes premières observations, la doctrine de la démence précoce neuro-épithéliale réunissait tous les suffrages et personne ne voulait admettre qu'à côté de cette forme, il en existait une autre conditionnée par des lésions inflammatoires et dégénératives de l'encéphale. Les cas que je rapportais, disait-on, ne sont pas des cas de démence précoce. Aussi, plus tard, pour lier les différences, je les intitulais : syndrome de démence précoce encéphalitique.

Dans différentes communications, j'ai montré que, quelle que soit la maladie infectieuse qui a marqué le début de la démence précoce, que ce soient des maladies aussi différentes qu'une fièvre typhoïde, une fièvre puerpérale ou une grippe, les lésions de l'encéphale étaient toujours les mêmes. On ne peut, en effet, d'après leur morphologie, reconnaître l'infection causale primitive ; il s'agit, en réalité, d'une même réaction pathologique de l'encéphale, sous l'influence de conditions biologiques et étiologiques totalement différentes.

Aujourd'hui, je le constate avec satisfaction, on n'hésite plus à appeler démence précoce ces états mentaux chroniques en rapport avec une infection primitive.

Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique, par M. A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ (*Présentation de malade*).

C'est un nouvel exemple de psychose hallucinatoire survenue au cours d'une encéphalite épidémique chronique, que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui.

Mlle L., âgée de 39 ans, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 3 décembre 1932.

Père alcoolique. Deux frères et deux sœurs normaux.

Nous avons peu de renseignements sur les antécédents personnels. Elle nous apprend néanmoins que peu après son arrivée à Paris, en 1919, elle a été hospitalisée à Claude-Bernard pour une « maladie du sommeil » qui dura une vingtaine de jours. Elle présenta à ce moment une encéphalite aiguë avec somnolence, diplopie et surdité. Un strabisme divergent et la surdité persistent depuis.

Une grossesse il y a 8 ans ; l'enfant est un débile mental.

Depuis plusieurs années déjà — on ne peut faire préciser avec exactitude combien — L. entend de façon très discontinue des voix qui lui répètent des choses désagréables.

Elle s'en était peu préoccupée jusqu'à ces derniers temps. Depuis une semaine, les voix deviennent permanentes et particulièrement pénibles. Des réactions apparaissent qui motivent l'admission d'urgence à l'Hôpital.

L'examen est rendu très difficile par la surdité de la malade. Parfois elle ne comprend pas du tout, d'autres fois elle comprend mal et répond à côté. En outre, elle s'interrompt fréquemment pour répondre à ses voix ou pour les commenter. « Il ne faut pas tant me faire souffrir. » « Vous êtes atroces de dire cela. » « Ils me crèvent le cœur. »

Le syndrome hallucinatoire est en effet très intense, la malade entend, dès qu'elle s'éveille, des voix persécutrices ou annonçant des malheurs dans sa famille. « On a décapité son fils sous un train, on veut la faire mourir, on va tuer sa sœur. » Elle ne sait pas bien exactement qui lui parle ainsi, ni pourquoi. C'est sans doute la voisine du cinquième et le policier qui habite à côté de chez elle, mais il y a aussi des inconnus qui interviennent constamment. Par moments, une voix sympathique lui dit qu'elle n'est pas seule et qu'on va l'aider. Alors sa figure, habituellement pleurarde, s'illumine d'un large sourire. A signaler que les hallucinations seraient unilatérales, les voix ne touchant que la seule oreille gauche.

A signaler que depuis plusieurs semaines, elle manifestait des interprétations délirantes : on la suivait dans la rue dans un but de mariage, on entrait chez elle avec une fausse clé, on bouleversait ses affaires, on voulait l'obliger à se marier avec un nègre.

Il paraît exister en outre des hallucinations cœnesthésiques et génitales : se plaint de « brûlaisons » et dit qu'on l'a mise enceinte pendant son sommeil.

Nous n'avons pu mettre en évidence d'autres hallucinations, visuelles, olfactives, génitales ou psychiques. Par ailleurs, la malade présente souvent des illusions de reconnaissance. Elle prend l'une de nous pour le Directeur M. Demeille, qu'elle a vu plusieurs fois déjà, notamment avec sa cousine, etc. Cette fausse reconnaissance est, pourrait-on dire, systématique, et, chaque matin, nous sommes toujours M. D., le directeur.

Pour se soustraire aux persécutions, L. a fait récemment une tentative de suicide par empoisonnement (teinture d'iode). Elle a porté plainte contre la voisine au commissariat de son quartier. Elle aurait également consulté un avoué en vue d'attaquer les persécuteurs.

D'autre part, au cours d'un épisode anxieux, se croyant poursuivie par la police, une nuit elle se sauve en chemise dans l'escalier, et on la trouve au petit jour cachée dans l'ascenseur.

Le fond mental est très pauvre. Absence de connaissances scolaires importantes : n'a guère fréquenté l'école et n'y a pas appris grand'chose. Elle est incapable de multiplier deux chiffres à moins de faire une série d'additions, justes d'ailleurs. Les notions géographiques sont rudimentaires. Le jugement, l'autocritique restent puérils. L. n'a jamais pu apprendre un métier et a dû se contenter de travaux inférieurs ; son gain horaire n'a jamais dépassé deux francs. Ajoutons qu'elle chôme depuis quatre mois et qu'elle est devenue incapable de s'assurer les soins élémentaires.

Dans le service, le comportement est variable ; souvent calme et somnolente, elle présente des périodes d'excitation subite, se lève, court dans le dortoir, se met à crier, répond violemment à ses voix et cherche à frapper l'entourage. Il faut alors l'isoler. Interrogée dans un moment de calme, elle déclare qu'on l'oblige à crier et regrette ses impulsions violentes.

L'examen neurologique révèle un syndrome parkinsonien au début. Il n'est pas possible d'ailleurs de savoir depuis quand il est survenu, mais depuis longtemps déjà la malade se sentait devenir lourde.

Elle apparaît soudée ; le visage figé, pleurard, reste habituellement inexpressif.

La lèvre inférieure est pendante, éversée et laisse parfois s'écouler la salive. On note un strabisme divergent gauche, avec exophtalmie gauche et ptosis du même côté. Rigidité pupillaire à gauche presque complète. Chorio-rétinite gauche ; fond d'œil normal à droite (Dr Lagarde). Surdité bilatérale.

Les réflexes tendineux sont vifs et égaux des deux côtés.

On note l'exagération des réflexes faciaux : spécialement du naso-palpébral, pratiquement inépuisable. Le palmo-mentonnier existe des deux côtés.

Pas de troubles sensitifs, vaso-moteurs ou trophiques.

La marche s'effectue lentement, les mouvements automatiques des bras, diminués des deux côtés, sont presque nuls à gauche. Il existe de ce côté une légère hypertonie, le phénomène de la roue dentée n'apparaît temporairement qu'avec la manœuvre d'Heuyer. Il existe un tremblement fin, surtout à droite.

Examens biologiques. Urines : normales.

Azotémie : 0,41. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang : négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : tension 42-22. Albumine 0,40, globulines 0, leucocytes 0,2. Benjoin : 00000.22222.11000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

En résumé, il s'agit d'une femme de 39 ans, débile mentale, qui, plusieurs années après un épisode infectieux — diagnostiqué à l'époque « encéphalite léthargique », dans un service spécialisé, diagnostic que vérifie le syndrome parkinsonien actuel — présente un syndrome hallucinatoire surtout auditif.

Ces hallucinations semblent remonter à plusieurs années, mais elles restaient rares et indistinctes.

C'est subitement, ainsi qu'il n'est pas rare de l'observer dans l'encéphalite épidémique chronique — que les phénomènes sensoriels s'imposent tout à coup par leur intensité et leur constance, provoquant immédiatement des réactions anti-sociales graves (plaintes, violences, fugue, tentative de suicide).

Ces hallucinations sont unilatérales (oreille gauche). Il existe une surdité paraissant consécutive à l'encéphalite épidémique, mais elle porte également sur les deux organes auditifs.

A signaler l'absence de phénomènes visuels, dont la fréquence a été notée dans les délires hallucinatoires de l'encéphalite épidémique chronique (1).

Le thème délirant est pauvre, à peine ébauché : « On lui en veut, c'est une voisine et un policier » ; mais la malade ne sait pas très bien pourquoi on la poursuit ni par quels mécanismes on l'importune.

On ne retrouve pas chez elle la fantasmagorie du délire de certains encéphalitiques chroniques. Sans doute faut-il en trouver la cause dans l'indigence intellectuelle initiale de notre malade.

Il faut encore rappeler les variations soudaines du comportement de cette femme, ses impulsions subites, ses cris, ses violen-

(1) Voir à ce sujet et pour la bibliographie : VOLSTEIN — Contribution à l'étude des syndromes hallucinatoires, séquelles d'encéphalites. *Thèse de Paris*, 1932, p. 76.

ces. Le fait est d'ailleurs bien connu dans l'encéphalite épidémique chronique, mais on ne saurait trop y insister, en raison de la gravité possible de réactions impulsives imprévisibles.

Pour terminer, disons que rien de précis, dans le délire lui-même de notre malade, ne pourrait faire suspecter son origine encéphalitique. Aussi — tout comme dans les cas antérieurement publiés — bien plus que la forme particulière du délire, c'est le syndrome parkinsonien associé qui permet d'envisager un rapport de causalité entre le délire hallucinatoire et l'encéphalite épidémique.

Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général (*Présentation de préparations*), par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Des cas de méningites aiguës terminales, chez des paralytiques généraux, ont été rapportés déjà par plusieurs auteurs.

En 1902, Laignel-Lavastine et Mermier (1) publient les observations de trois paralytiques généraux, dont les deux premiers furent atteints d'une méningite à staphylocoques, au cours d'une pyohémie dont l'origine était un anthrax du dos ; le troisième mourut de la suppuration d'un hématome sous-duremérien, complication d'une pneumococcie à porte d'entrée également cutanée (escarre sacrée).

En 1925, Le Grand (2) observe une paralytique générale qui meurt avec un syndrome méningé aigu clinique et humoral ; l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien met en évidence du pneumo-bacille de Friedlander.

En 1928, Pactet et l'un de nous (3), publient l'observation anatomo-clinique d'un cas où le pneumocoque était l'agent causal.

Tout récemment, P. Guiraud et M. Caron (4) apportent trois observations de paralytiques généraux impaludés, qui meurent d'une méningite pneumococcique au cours d'une épidémie de grippe.

C'est une observation nouvelle de méningite aiguë chez un paralytique général, dont nous apportons aujourd'hui la relation clinique, biologique et histologique.

(1) Suppurations méningées chez trois paralytiques généraux. *Soc. anatom.*, 21 nov. 1902, p. 913.

(2) LE GRAND. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 1925, Tome II, p. 1250.

(3) PACTET et MARCHAND. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1928, p. 140.

(4) Les méningites bactériennes aiguës dans la paralysie générale. *Soc. Méd. Psychol.*, 21 mai 1931, *Ann.*, p. 500.

L. Jean, 57 ans, carrossier, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle le 2 juillet 1931.

Pas d'antécédents psychopathiques connus. Marié depuis 12 ans, sa femme a fait une fausse couche, un an après le mariage.

A travaillé régulièrement jusqu'aux dernières semaines avant l'admission. On a remarqué vers le début de mai un certain embarras de la parole. « Crise nerveuse » épileptiforme en juin, un mois avant l'entrée. Il n'aurait pas, aux dires de la femme, présenté d'épisode infectieux, pulmonaire ou autre, récent. Pas d'excès alcooliques.

Les troubles mentaux qui motivent l'admission remontent à une quinzaine de jours : « Incohérences dans les propos... excitation... hallucinations sensorielles... voit des voleurs, des brigands et veut un révolver pour se défendre », signale le médecin qui l'envoie. Aggravation assez subite des phénomènes d'excitation depuis 48 heures.

A l'entrée, on constate une agitation motrice extrême. Deux infirmiers doivent maintenir le malade pour qu'on puisse l'examiner. Il cherche à fuir, à frapper, à mordre. On constate un tremblement, intense parfois, ou des secousses musculaires rappelant l'agitation choréique. Dysarthrie spontanée avec phénomènes anarthriques : redoublement des syllabes, mots déformés ou employés pour d'autres. Quelques idées mégalomaniaques : parle d'une maison toute neuve qu'il possède ou va acheter.

Les réflexes tendineux sont très exagérés ; ils paraissent égaux. Inégalité pupillaire (gauche +) ; myosis et rigidité à la lumière. Pas de signes méningés. Pas de vomissements.

La température atteint 39°4.

On pense à un ictus, avec phénomènes confusionnels et anarthriques post-paroxystiques, chez un paralytique général.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs dans le sang.

La ponction lombaire ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide, puis l'écoulement s'arrête sans qu'on trouve la cause de cette interruption. Le liquide est clair, il contient 13 éléments par mm^3, le Bordet-Wassermann y est positif.

Azotémie : 1 gr. 72. Urines, albumine : 0,33 ; sels biliaires en petite quantité.

Le lendemain 3 juillet, l'agitation a diminué quelque peu, le malade reste confus, complètement désorienté. Il se roule par terre, lacère le linge, essaie de frapper si on l'approche. On note toujours les phénomènes anarthriques. Alimentation difficile. Gâtisme. Apyrexie 37°2-36°6.

Même état le lendemain, cependant les troubles dysarthriques paraissent moins accusés.

Dans la nuit du 4 au 5, la turbulence s'atténue, la respiration devient difficile. A la visite du 5 au matin, on trouve le malade dans le coma, il est cyanosé, respire péniblement. On ne constate pas de symptômes d'atteinte pyramidale. Une nouvelle ponction lombaire ne

donne issue qu'à quelques gouttes de liquide d'abord clair, puis trouble. On pratique alors l'aspiration avec une seringue, ce qui permet de retirer une vingtaine de centimètres cubes d'un liquide qui, louche, devient de plus en plus purulent à mesure que l'on aspire.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 10 gr. Pandy : ++++++. Weichbrodt : ++. Benjoin : 22222.00000.02222. Parégorique : 22-2. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

L'examen cytobactériologique (Mlle Salamon) a montré un culot très abondant composé presque exclusivement de polynucléaires, avec présence de diplocoques prenant le Gram et ayant les caractères morphologiques du pneumocoque (encapsulés, en flamme de bougie). La culture donne après 24 heures des colonies de pneumocoques à l'état pur. L'inoculation à une souris amène la mort en 24 heures. Le pneumocoque encapsulé est retrouvé dans tous les organes.

Examen chimique (Mlle Rüssell) : Urée 1 gr. 21, chlore 4 gr. 39 (moyennes : 4,20 à 4,40), la glycorachie n'a pu être mesurée.

Urée du sang : 1,30.

Décès le soir même. Température terminale 39°5.

Autopsie

Encéphale : rien de particulier à l'ouverture du crâne. A l'incision de la dure-mère, écoulement de pus. La surface des hémisphères apparaît recouverte d'une couche épaisse de pus formant une couenne jaunâtre. A l'extraction de l'encéphale, on note que le pus est aussi abondant à la base, et recouvre les lobes cérébelleux et le bulbe. Adhérence des deux lobes frontaux entre eux à leur face interne.

Les ventricules sont dilatés. Pas d'athérome, pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 610 gr. ; le gauche : 600 gr. ; le cervelet et le bulbe : 170 gr.

Organes. Poumons : pas de congestion ; le droit pèse 600 gr. ; le gauche : 450 grammes.

Cœur : 330 grammes. Pas de lésions valvulaires. Athérome de la crosse de l'aorte.

Foie : 1.700 grammes, aspect normal.

Reins : le droit pèse 310 gr. ; le gauche : 300 gr.

Rate : 170 grammes.

Examen histologique

Méninges : Infiltration de la pie-mère et des espaces sous-arachnoïdiens par des polynucléaires. La nappe s'étend dans les sillons et baigne les vaisseaux. On ne retrouve en aucun point les lésions méningées de la paralysie générale. La pie-mère présente donc uniquement des lésions de méningite purulente. On note au milieu des globules de pus de très nombreux diplocoques lancéolés, encapsulés, se disposant

deux à deux et en courtes chaînettes (pneumocoques) ; on n'en rencontre pas à l'intérieur des polynucléaires.

Cortex : Les vaisseaux qui partent de la pie-mère et pénètrent dans le cortex ont leur endothélium tuméfié ; la plupart sont entourés de cellules mononucléées. On ne décèle aucun diplocoque dans le tissu lymphoïde. Dans toute la couche moléculaire, prolifération des cellules névrogliques. Dans les couches des cellules pyramidales et dans la substance blanche sous-corticale, les vaisseaux sont pour la plupart entourés de manchons de cellules plasmatiques au milieu desquels se trouvent d'énormes corps granuleux. Prolifération et tuméfaction des cellules endothéliales des capillaires et des petits vaisseaux. Tous les espaces périvasculaires sont dilatés.

Les cellules nerveuses sont très altérées. Coloration uniforme et pâle du corps cellulaire, coloration foncée du noyau qui est devenu excentrique.

Nombreuses cellules en bâtonnet dans toute la couche corticale.

Sclérose névroglique périvasculaire.

Noyau caudé et putamen : Périvascularite intense ; épaississement considérable de l'adventice des vaisseaux.

Cervelet : La pie-mère présente la même infiltration purulente que celle du cerveau. L'infiltration reste localisée à la méninge. Pas d'autres lésions.

Bulbe : Méningite purulente péri-bulbaire. Quelques vaisseaux intra-bulbaires surtout ceux situés sous le plancher du quatrième ventricule, sont entourés de manchons de cellules plasmatiques.

Organes. Foie : Légère dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Reins : Sclérose diffuse et foyers de néphrite subaiguë.

En résumé, il s'agit d'un sujet atteint de paralysie générale au début. Le premier symptôme avait été une crise convulsive épileptiforme, survenue au cours du travail, un mois avant son hospitalisation.

Une quinzaine de jours après cette crise, il présente un syndrome confusionnel fébrile, avec onirisme et agitation d'allure choréique à certains moments. Les résultats des ponctions lombaires confirment le diagnostic clinique de paralysie générale, mais on constate en plus dans le liquide, qui était louche, des polynucléaires et le pneumocoque. On pose alors le diagnostic de méningite aiguë chez un paralytique général.

Il est intéressant de signaler que, malgré le bouleversement liquidien, les réactions de la syphilis Bordet-Wassermann et Meinicke donnent leurs résultats habituels, et que le benjoin colloïdal offre une précipitation de type paralytique classique, dans la zone dite syphilitique. Il y a en outre allongement de la pré-

cipitation jusqu'au 15e tube (zone méningitique). L'absence totale de précipitation dans les 5 tubes du milieu n'est pas rare en cas d'hyperalbuminose considérable (10 gr. chez notre malade).

Au point de vue histologique, on constate que la méningite aiguë purulente a fait disparaître ou du moins masque complètement les lésions méningées habituelles de la paralysie générale (disparition de l'infiltration pie-mérienne par des cellules mononucléées, absence du tissu lymphoïde des fonds de sillon).

Le pus ne pénètre pas le cortex. Dans la couche moléculaire, les espaces périvasculaires, en communication directe avec les espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens, sont envahis par des cellules mononucléées et non par des polynucléaires. Fait important, on ne peut y déceler des pneumocoques.

Les lésions du cortex, de la substance blanche, des noyaux gris centraux, du bulbe, ne sont nullement modifiées ; ce sont celles mêmes de la paralysie générale banale.

Nous devons dire encore que les associations morbides ne sont pas tellement rares au niveau de la méninge. Ch. Achard et A. Horowitz (1) rappellent plusieurs exemples d'association tuberculo-méningococcique et tuberculo-pneumococcique, à l'occasion d'une observation de cette dernière variété.

L'un de nous, avec Mlle Salamon et H. Pichard (2), a observé une méningite tuberculeuse chez un syphilitique tabétique et tuberculeux.

Ces faits semblent montrer, comme l'écrivaient déjà V. Hutinel et R. Vosin, qu'une atteinte antérieure rend plus sensible la méninge — comme d'ailleurs tout autre organe — à une infection nouvelle.

En ce qui concerne plus particulièrement la méningo-encéphalite diffuse syphilitique, les cas d'association avec une méningite purulente aiguë se font plus fréquents à mesure qu'on les recherche systématiquement, surtout grâce aux méthodes biologiques et histologiques.

M. Tinel. — Ce n'est pas seulement le pneumocoque qui ne pénètre pas dans la substance cérébrale. C'est le cas de tous les microbes, même du bacille de Koch, qu'on ne trouve jamais dans le cerveau des méningites tuberculeuses, alors qu'il pullule dans les méninges.

(1) Un cas de méningite associée tuberculo-pneumococcique. *Soc. Méd. Hôp.*, 9 juin 1931, p. 25.

(2) *Soc. Clinique de Méd. Ment.*, novembre 1929.

Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, par M. TINEL.

Résumé. — M. Tinel expose comment il est arrivé à rattacher la plupart des modifications de la formule leucocytaire au cours des maladies mentales à la simple influence des variations du tonus végétatif et en particulier de l'activité sympathique.

Il y a été amené par l'étude des modifications observées sous l'action des toxiques et agents pharmaco-dynamiques. Le tabac, le gardénal, l'ergotamine, paralysants du sympathique, provoquent une baisse considérable des polynucléaires neutrophiles ; l'adrénaline produit au contraire une polynucléose ; l'atropine et la scopolamine en libérant le sympathique font également de la polynucléose.

C'est donc le sympathique qui paraît régler l'activité des centres hémopoïétiques générateurs des polynucléaires neutrophiles.

Si l'on se place par conséquent en dehors des autres facteurs qui modifient la formule, tels que les maladies infectieuses, la fièvre, les chocs anaphylactiques, les réactions digestives, les règles et surtout le tabac et le gardénal ; si l'on évite soigneusement les réflexes douloureux et émotifs qui bouleversent artificiellement la formule par une action locale périphérique de vaso-constriction ; on peut reconnaître très facilement dans les modifications de la formule leucocytaire l'action directe du tonus végétatif.

C'est ainsi que presque tous les cas de dépression, d'asthénie, de ralentissement psychique, de stupeur ou d'inertie s'accompagnent d'une leucopénie souvent très accusée, portant presque exclusivement sur les polynucléaires neutrophiles. Cette formule est à peu près la même dans la dépression simple, dans les formes dépressives de la psychose périodique, et surtout dans la démence précoce où elle est particulièrement fréquente et accusée.

Au contraire tous les états d'excitation, qu'il s'agisse d'état maniaque, d'agitation anxieuse ou de névrose à type hyperémotif, se traduisent à peu près uniformément par une polynucléose très accentuée.

On peut donc, en se basant presque uniquement sur le chiffre des polynucléaires reconnaître les cas d'excitation et de dépression et se rendre compte du degré d'activité du système végétatif sympathique.

Au contraire la présence d'éosinophiles comme l'augmentation des grands et moyens mononucléaires semblent traduire une action toxique, avec irritation des endothéliums vasculaires.

Cette communication paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques.*

M. George DUMAS. — A la périphérie, les variations du calibre vasculaire sont incessantes, et il vaudrait mieux prendre le sang par ponction veineuse. D'autre part, dans la cyclothymie, les variations spontanées des tonus vasculaires sont constantes, quoique chaque phase soit durable.

M. Ach. Delmas. — En somme, ces variations de la formule sanguine ne sont qu'une des expressions des variations du tonus végétatif.

M. H. Baruk. — La très intéressante communication de M. Tinel pose la question des rapports des troubles hématologiques et des perturbations vasculaires, dans les psychoses. Si j'ai bien compris, il me semble que M. Tinel pense que les premiers sont la conséquence des seconds. Parmi les diverses psychoses, les plus intéressantes à étudier à ce sujet doivent donc être celles qui s'accompagnent des troubles vasculaires les plus intenses. C'est le cas de l'hébéphréno-catatonie, où les troubles de la circulation artérielle et capillaire sont au maximum, et où souvent il existe une pâleur extrême. J'avais, il y a un peu plus d'un an, en poursuivant, à l'asile de Clermont, avec Lapeyre et Albane, l'étude des courbes oscillométriques dans l'hébéphréno-catatonie (*Soc. de Biologie*, 1932), étudié chez quelques malades le temps de coagulation et l'aspect du caillot. Nous avions été frappés, dans quelques cas, de l'existence de caillots irrétractiles. L'étude hématologique complète de ces malades est certainement du plus haut intérêt, comme vient de nous le montrer M. Tinel.

M. Paul Abély. — Un auteur italien, Cullota de Catane, faisant des recherches analogues à celle de M. Tinel, a obtenu des résultats analogues.

M. Tinel. — Le sang pris par ponction veineuse serait préférable ; mais on risque, malgré qu'on le citrate et qu'on y ajoute de l'arsénobenzol, une agglutination trop rapide. Le sang pris par piqûre du doigt suffit, à la condition de n'opérer qu'en se garantissant contre les effets du froid, de l'émotion, de la douleur, de la digestion, du tabac. Celui-ci, en effet, comme le gardénal, donne de l'hypoleucocytose. A noter, au contraire, que la formule sanguine n'est pas modifiée dans les toxicomanies. La morphine, la cocaïne, semblent agir à la fois sur le sympathique et le vague. Mais au moment de la désintoxication, il y a hyperleucocytose par excitation sympathique. En effet, la formule sanguine ne fait que traduire l'état du tonus végétatif. Et il y aurait lieu, à propos d'hématologie, d'étudier encore l'indice oscillométrique, le temps de coagulation, etc.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires des séances :
Paul Courbon et Paul Abély.

Séance du Jeudi 22 Décembre 1932

Présidence : M. L. MARCHAND, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

En ouvrant la séance, M. L. Marchand, *président,* annonce à la Société la mort de MM. David Nicolson et Bedford Pierce, *membres associés étrangers,* et se fait l'interprète des regrets de tous.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 10 novembre 1932 et le procès-verbal de la séance du 28 novembre 1932 sont adoptés.

Correspondance

M. René Charpentier, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr L. Lagriffe, de Quimper, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à l'Assemblée générale ;

une lettre de M. le Professeur Henri Roger, de Marseille, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à l'Assemblée générale ;

une lettre de Mme Pierre Kahn, qui remercie la Société de l'hommage rendu à notre très regretté collègue et de la sympathie qui lui a été témoignée au nom de tous ;

une lettre de M. le Dr Jean Picard, de Bonneval (Eure-et-Loir), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Paul Carrette, médecin des Asiles publics d'aliénés, médecin-légiste de l'Université de Paris, membre correspondant national de la Société, qui pose sa candidature à la place de *membre titulaire* déclarée vacante par la Société à la séance du 28 novembre : l'élection aura lieu à la séance du lundi 23 janvier 1933 et la Société désigne pour l'examen de cette candidature une Commission composée de MM. Xavier Abély, Henri Baruk, Bussard, Buvat, et Aug. Marie ;

des lettres de M. le Dr J.-R. Cuel, ancien interne des Asiles de la Seine, Chef de laboratoire à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, de M. le Dr Henry Pichard, médecin des Asiles publics d'aliénés, médecin assistant à l'Hôpital Henri-Rousselle, de M. le Dr Yves-J.-M. Porc'her, médecin-chef à la Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle) et de M. le Dr G. Vigneron d'Heucqueville, licencié ès lettres et ès sciences, médecin-légiste de l'Université de Paris, médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* la Société désigne une Commission composée de MM. H. Claude, Laignel-Lavastine et Paul Abély, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du 23 janvier 1933 ;

une lettre de M. Ch. Grollet, Secrétaire général de la Société de Pathologie comparée, invitant les membres de la Société Médico-psychologique à assister à la séance solennelle annuelle de la Société de Pathologie comparée qui a eu lieu le mardi 13 décembre 1932 sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique : cette lettre est malheureusement parvenue trop tard pour que l'invitation puisse être transmise en temps utile et j'ai remercié en votre nom M. le Secrétaire général de la Société de Pathologie comparée ;

une lettre de M. le Dr Cibrie, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français communiquant une lettre de M. le Ministre du Travail ; dans cette lettre M. le Ministre du Travail signalant les difficultés soulevées jusqu'ici par l'application aux assurés sociaux de la thérapeutique par les chocs en neuro-psychiatrie, demande des renseignements et le Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français serait heureux d'avoir sur ce point l'avis de la Société Médico-psychologique : une Commission, composée de MM. Capgras, Demay, Lévy-Valensi, Petit et Noël Péron, rapporteur, est désignée pour établir un projet de réponse qui sera soumis à la Société à la séance du lundi 23 janvier 1933.

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le *Secrétaire général* rappelle que le délai de dépôt des mémoires présentés pour les prix à décerner par la Société en 1933 expire le 31 décembre 1932. Tout mémoire parvenu au Secrétaire général après cette date ne pourrait éventuellement concourir que pour les prix à décerner en 1934.

Il rappelle que le très regretté Dr Trénel, en proposant à la Société de décerner en 1933 et en 1934 un *prix* de *mille francs* à titre *d'encouragement aux études d'anatomie et d'histologie normale et pathologique du système nerveux,* et en versant les fonds nécessaires avait demandé, que contrairement à la décision de la Société, ce prix ne

porte pas son nom. Le Dr Trénel ayant donné comme raison que « ceci ne se fait que pour les morts ». Le Secrétaire général propose à la Société, en hommage de ses sentiments à l'égard de son ancien président, d'appeler désormais ce prix « *Prix Trénel* ».

Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents.

Modifications au Règlement

En application de l'article 23 des statuts qui régissent la Société Médico-psychologique depuis le décret du 30 juillet 1932 (1), les règlements intérieurs préparés par le Conseil d'Administration et adoptés par l'Assemblée générale doivent être soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur et adressés au Ministre de la Santé publique.

Il convient donc de mettre le Règlement en harmonie avec les nouveaux statuts et la transformation subie par la Société.

Dans ce but, le Conseil d'Administration vous propose les modifications suivantes :

Suppression de l'article 10 et de l'article 11 tombés en désuétude.

Nouvelle rédaction de l'article 12 : « Les membres titulaires et les membres correspondants nationaux, en échange de leur cotisation fixée par l'article 3 des statuts à cent cinquante francs au moins pour les membres titulaires et à cent dix francs au moins pour les membres correspondants nationaux, reçoivent gratuitement un abonnement aux *Annales Médico-psychologiques* dans lesquelles est publié le *Bulletin* de la Société.

« La cotisation des membres titulaires honoraires est facultative et fixée à cent cinquante francs. Lorsque, sur leur demande, ils versent cette cotisation, ils continuent comme les membres titulaires à recevoir le *Bulletin* de la Société. »

Suppression de l'article 13 tombé en désuétude.

Nouvelle rédaction de l'article 14 : « Tout membre qui aura laissé s'écouler l'année sans acquitter le montant de sa cotisation sera averti une première fois par le Trésorier, et trois mois après par le Président ; si ces avertissements restent sans effet il sera considéré comme démissionnaire à partir du 1er janvier suivant, sa cotisation jusqu'à cette date devant être réglée à la Société. »

Nouvelle rédaction de l'article 18 : « Les mémoires, les communications et les rapports doivent être déposés sur le bureau immédiatement après leur lecture et ne doivent contenir aucune addition, aucune modification au texte lu en séance. »

Nouvelle rédaction de l'article 20 : « Le Comité de publication se compose des membres du bureau de la Société. »

Suppression de l'article 24 qui fait double emploi avec l'article 30.

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, octobre 1932, pages 332 à 339.

Des modifications de rédaction ou des suppressions de mots résultant des décisions de la Société sont également nécessaires à

l'Article 5 : « ...le plus ancien membre titulaire préside... »

Article 6 : « ...il fait partie de droit... »

Article 9 : « ...résolues par le Conseil d'Administration... »

Article 39 : « Les élections du Bureau ont lieu au... »

Article 40 : « ...Les bulletins blancs... »

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité des membres présents ainsi que le nouveau numérotage et les modifications de texte qui pourraient en résulter. Le nouveau Règlement sera soumis à l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur et publié, après approbation, dans les *Annales Médico-psychologiques.*

Décisions du Conseil d'Administration concernant les Communications des personnes étrangères à la Société

Le *Conseil d'Administration* de la Société Médico-psychologique, réuni le jeudi 8 décembre 1932, a décidé que les personnes étrangères à la Société, autorisées à présenter des travaux à une séance de la Société, conformément à l'article 26 du Règlement, pourraient disposer de *quatre pages* du *Bulletin* de la Société dans les *Annales médico-psychologiques,* les membres de la Société continuant à disposer de six pages par communication.

D'autre part, pour obtenir cette autorisation, les travaux faits à l'aide d'observations recueillies dans un service d'Hôpital ou d'Asile, public ou privé, devront être accompagnés de l'assentiment *écrit* du chef de service.

Conformément à l'article 9 des statuts, cette décision du Conseil d'Administration est communiquée à la Société et acceptée par elle à l'unanimité des membres présents.

Rapport de la Commission des Finances

M. Pactet. — Voici la *situation financière* de la *Société Médico-psychologique :*

Recettes. Au 1er décembre 1931 l'avoir de la Société était de	29.613 10
Pendant l'année 1932 les recettes se sont élevées à ...	43.395 44
Soit un total de	73.008 54
Dépenses. Les dépenses se sont élevées à	35.238 08
Il reste donc en caisse une somme de	37.770 46

La *situation financière des prix* s'établit ainsi :

Prix Aubanel, en caisse	9.211 60
Prix Belhomme	3.050 »
Prix Moreau de Tours	200 »
Prix Christian	2.859 50
Prix Trénel	1.000 »

Je vous propose d'adresser de vifs remerciements à notre dévouée trésorière, Mme le Dr Thuillier-Landry, et de lui voter des félicitations pour le soin scrupuleux qu'elle apporte à la gestion financière de notre Société.

La Société adopte ces conclusions à l'unanimité des membres présents et vote par acclamations des remerciements et des félicitations à Mme le Dr Thuillier-Landry, *trésorière-archiviste*.

Election du Bureau pour 1933

Il est procédé au renouvellement du Bureau. Conformément à l'article 5 des nouveaux statuts et à l'article 36 du Règlement, le bureau, renouvelé tous les ans, est élu par la Société, parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique mais au scrutin secret.

M. le Professeur Georges Dumas, vice-président, devient de droit, *président* de la Société pour l'année 1933.

Election du Vice-Président

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. Mignot	22 voix.
G. de Clérambault	2 —
Th. Simon	1 —

M. Mignot est élu *vice-président* de la Société Médico-psychologique.

Conformément à l'article 5 des statuts, il sera de droit président de la Société pour l'année 1934.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. René CHARPENTIER	24 voix.
Bulletin blanc	1

M. René CHARPENTIER est réélu *secrétaire général* de la Société Médico-psychologique.

Election de deux Secrétaires des séances

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. Paul COURBON	23 voix.
Paul ABÉLY	23 —
Bulletins blancs ou nuls	2

MM. P. COURBON et P. ABÉLY sont réélus *secrétaires des séances* de la Société Médico-psychologique.

Election du Trésorier-Archiviste

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

Mme THUILLIER-LANDRY	24 voix.
M. PACTET	1 —

Mme le Dr THUILLIER-LANDRY est réélue *trésorière-archiviste* de la Société médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1933

Le *Bureau de la Société* est donc ainsi constitué pour l'année 1933 :

Président : M. Georges DUMAS.
Vice-président : M. Roger MIGNOT.
Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.
Trésorière-archiviste : Mme THUILLIER-LANDRY.
Secrétaires des séances : MM. COURBON et P. ABÉLY.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des statuts, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. H. CLAUDE et L. MARCHAND, le Bureau se constitue en *Conseil d'Administration.*

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la trésorerie.

MM. Pactet et René Semelaigne sont réélus *membres de la Commission des finances.*

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Courbon, au nom d'une Commission composée de MM. Paul Abély, Capgras et Courbon, sur les titres de M. le Dr Jacques Rondepierre, de Paris, candidat au titre de *membre correspondant national,* il est procédé au vote :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. le Dr J. Rondepierre	22 voix.
Bulletins blancs ou nuls	2 —

M. le Dr Jacques Rondepierre est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Lauzier, au nom d'une Commission composée de MM. René Charpentier, Fribourg-Blanc et Lauzier, rapporteur, sur les titres de M. le Dr Jean Sebek, professeur agrégé de neuropathologie à l'Université de Prague, candidat au titre de *membre associé étranger,* il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le Dr Jean Sebek	22 voix.

M. le Dr Jean Sebek, de Prague, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

SEANCE ORDINAIRE

COMMUNICATIONS

Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie, et dans l'hébéphrénie, par MM. Henri CLAUDE, Georges BOURGUIGNON et Henri BARUK.

INTRODUCTION

Sous les noms de sommeil cataleptique et de catalepsie, deux d'entre nous (1) ont distingué dans l'ancienne catalepsie deux états voisins l'un de l'autre, mais qui diffèrent par les caractères suivants :

1° Les sujets en état de sommeil cataleptique sont dans un engourdissement psychique accompagné d'inhibition psychomotrice et de troubles du tonus musculaire. Ce qui les caractérise, c'est que cet état est passager et qu'on peut les en faire sortir, au moins temporairement, par des excitations appropriées, psychiques ou sensorielles.

2° Les sujets en état de catalepsie sont dans le même état que les précédents, mais ce qui les en distingue, c'est qu'il est très difficile de les en faire sortir et que, lorsqu'on y arrive, ils en sortent d'une manière très incomplète et beaucoup plus fugace.

Il y a donc entre ces deux états exclusivement une différence de degré. Souvent un même malade passe par l'un et l'autre état aux différents stades de la maladie.

(1) H. CLAUDE et H. BARUK. — Les crises de catalepsie. Diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. *Encéphale,* mai 1928, n° 5.

Les troubles psychomoteurs d'origine cérébrale. Hypotonie, mouvements automatiques et sommeil cataleptique. *Revue méd.,* 18 février 1931.

H. CLAUDE, H. BARUK. — Le tonus musculaire psycho-moteur et les variations dynamiques de l'activité cérébrale. *Congrès Neurol. Intern.,* Berne 1931.

H. CLAUDE. H. BARUK et R. PORAK. — Sommeil cataleptique et fonctions psycho-motrices. Etude physiologique et pharmacodynamique au moyen de l'ergographe de Mono. *Ann. medico psych.,* nov. 1931 et *Encéphale,* sep.-oct. 1932.

A la suite des premiers travaux de l'un d'entre nous (1) sur la chronaxie vestibulaire des sujets normaux et de sujets atteints de différentes affections mentales d'une part, et la constatation faite par deux d'entre nous avec Aubry (2) d'une inexcitabilité vestibulaire très marquée et variant souvent avec l'état clinique dans la catatonie, d'autre part, nous avons cherché si nous pouvions trouver dans la mesure de cette chronaxie une caractéristique de ces deux états, qui peuvent survenir pour des causes diverses.

La mesure de la chronaxie vestibulaire est l'application au système vestibulaire de la mesure générale de l'excitabilité, créée par Lapicque et appliquée à l'homme par l'un de nous.

La chronaxie est le temps de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil de l'excitation, avec une intensité double de celle qui le donne avec une fermeture brusque de courant continu de durée prolongée, qu'on appelle rhéobase.

Pour mesurer la chronaxie vestibulaire, il faut se servir du phénomène connu depuis longtemps sous le nom de vertige voltaïque, en substituant aux excitations progressives classiques les excitations brusques employées pour la mesure de la chronaxie des muscles, des nerfs moteurs et des nerfs de la sensibilité générale.

Dans ces conditions, la réponse obtenue est exclusivement l'inclinaison de la tête du côté où se trouve le pôle positif. Jamais on n'a obtenu de nystagmus dans ces conditions.

Deux électrodes impolarisables, isolées *avec un soin particulier*, sont placées dans les deux oreilles. Il suffit, pour connaître la chronaxie vestibulaire, de rechercher d'abord le seuil de l'inclinaison, successivement pour l'oreille droite et l'oreille gauche, en inversant alternativement le sens du courant, avec une fermeture de courant continu.

Ayant doublé le voltage qui a donné le seuil dans ces conditions, on recherche la capacité qui donne le seuil avec ce voltage double. Un simple coefficient permet de transformer la capacité trouvée en temps, mesuré en 1/1.000^{e} de seconde, qu'on prend pour unité et qu'on désigne par la lettre grecque σ : c'est la chronaxie.

(1) G. Bourguignon. — Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce. *Acad. des Sciences*, t. 193, 1931, p. 250, séance du 20 juillet 1931.

(2) P^{r} Claude, Baruk et Aubry. — Les troubles vestibulaires dans la démence précoce catatonique. Soc. de Biologie, mai 1927. *Rev. neurologique*, réunion annuelle, 1 et 2 juin 1927, p. 976. Les troubles vestibulaires dans la catatonie et dans l'hébéphréno-catatonie. *Annales du mal de l'oreille*, 1929.

A l'aide de cette méthode, l'un de nous a montré que, chez l'homme normal, la rhéobase et la chronaxie sont rigoureusement égales des deux côtés et que la chronaxie vestibulaire normale oscille entre 12 σ et 22 σ. Cette chronaxie est environ 30 à 40 fois plus grande que la plus grande chronaxie musculaire normale.

De ce fait, cet auteur tire la conclusion que le nerf vestibulaire qui, anatomiquement, est rattaché au système cérébro-spinal, paraît, physiologiquement, appartenir au système sympathique qui est toujours caractérisé par une grande chronaxie. Il se rattache encore à ce système par l'ensemble des réflexes organo-végétatifs, dont il est le point de départ.

En étudiant différents sujets normaux, il a constaté qu'on peut trouver des différences individuelles dans la chronaxie vestibulaire et que ces différences paraissent être en relation avec l'émotivité ou la constitution psychiqne générale.

Des études, encore à leur début, lui ont montré que les enfants mongoliens ont une augmentation considérable de la chronaxie vestibulaire et que cette augmentation existe aussi, mais à un degré beaucoup moindre, chez des enfants arriérés non mongoliens. De même, il avait trouvé une grande chronaxie vestibulaire chez un petit nombre de déments précoces.

C'est de ces deux ordres de faits que sont nées nos recherches actuelles sur le sommeil cataleptique et la catalepsie.

Nous avons donc choisi 1 malade hystérique avérée cataleptique, 1 cas de catatonie symptomatique au cours d'une démence par artério-sclérose cérébrale présénile, 1 cas de catatonie symptomatique d'une syphilis nerveuse cérébro-méningée, 1 cas de catatonie symptomatique d'un ictère chronique, 2 cas de catatonie périodique, 6 cas de démence précoce hébéphrénique et 1 cas de catatonie très spéciale avec surdité psychique, soit un total de 13 malades, dont 6 ont pu être revus à longue échéance, après deux années d'évolution de la maladie.

I. — Chronaxie vestibulaire au premier examen

Le premier fait qui nous a frappés dans l'étude de ces malades, c'est que la chronaxie vestibulaire les classait en deux grands groupes : ceux qui avaient une chronaxie vestibulaire augmentée et ceux qui avaient une chronaxie vestibulaire diminuée. Nous avons alors cherché quel rapport il y avait non pas tant entre la chronaxie vestibulaire et la classification nosologique qu'entre la chronaxie vestibulaire et la classification symptomatique.

Dans cette recherche, nous avons tout de suite vu qu'il y avait une grande différence entre les malades en état de sommeil cata-

leptique dont on pouvait les faire sortir et ceux en état de catalepsie confirmée, dont il était difficile ou impossible de les tirer.

En classant ensemble tous les malades à grande chronaxie vestibulaire et tous les malades à petite chronaxie vestibulaire, on voit que la nature organique ou inorganique des lésions n'est pour rien dans cette distinction et que la grandeur de la chronaxie vestibulaire paraît surtout en rapport avec l'intensité et la profondeur de l'état catatonique, c'est-à-dire d'une perturbation du fonctionnement cérébral.

On peut dire que ce sont les malades qui ont les plus grandes chronaxies vestibulaires qui sont les moins profondément atteints. La preuve nous en est donnée par l'étude de la malade hystérique, qui a complètement guéri à la suite de la psychothérapie et de l'absorption de scopo-chloralose et qui a la plus grande chronaxie, atteignant 160 σ.

Les malades qui viennent ensuite avec des chronaxies de 40 σ à 92 σ sont, d'une part, deux catatoniques périodiques qui ont eu ensuite des rémissions presque complètes, et un malade hébéphréno-catatonique relativement au début de son évolution.

Cette première série de malades présente donc une augmentation de la chronaxie vestibulaire qui va de deux ou trois fois à 10 fois la normale.

Tous les autres malades, beaucoup plus désagrégés psychiquement et relativement moins cataleptiques, avaient des chronaxies vestibulaires diminuées depuis la moitié de la normale jusqu'à 1/10 et même dans un cas 1/20 de la normale.

A un autre point de vue, les malades à chronaxie vestibulaire diminuée diffèrent des malades à chronaxie vestibulaire augmentée dans ce sens que, tandis que les chronaxies vestibulaires augmentées le sont également des deux côtés, il arrive que chez les malades à chronaxie vestibulaire diminuée, il y a une inégalité de la chronaxie des deux côtés. Ce fait est une preuve de plus de la profondeur de l'atteinte.

Chez ceux à chronaxies inégales, il est remarquable de constater que la position de la tête laissée à elle-même est fonction de l'inégalité de la chronaxie, et que toujours la tête s'incline du côté de la plus petite chronaxie vestibulaire.

Au contraire, quand les deux chronaxies vestibulaires sont égales, le sujet tient sa tête en position directe.

Parmi les malades dont nous venons de rappeler les traits communs, il en est une (malade n° 1) qu'il est intéressant d'étudier un peu plus spécialement : c'est la malade pithiatique. Cette malade, qui avait déjà présenté, il y a 5 ans, une monoplégique

pithiatique guérie dans le service du Docteur Souques, à la Salpêtrière, a présenté, au moment de notre premier examen, un état de sommeil cataleptique avec amaurose pithiatique et occlusion des paupières. Nous avons pu, chez elle, mesurer non seulement la chronaxie vestibulaire, comme nous venons de le dire, mais encore la chronaxie optique : *cette chronaxie* était augmentée des deux côtés, mais inégalement (17σ2 à droite et 16σ4 à gauche, au lieu de 1σ à 1σ8) pour les phosphènes périphériques.

La chronaxie optique révèle donc la même inhibition que la chronaxie vestibulaire.

Voilà donc un premier point acquis qui ressort, pensons-nous, avec une grande netteté du tableau ci-joint (voir Tableau I).

II. — Variation de la chronaxie vestibulaire pendant les expériences de réveil.

On sait que les malades en état de sommeil cataleptique ou de catalepsie peuvent, dans certains cas, être tirés momentanément de leur sommeil et en quelque sorte ramenés à la réalité quand on les excite en employant les excitants appropriés à chaque cas. Les uns réagissent à des excitations périphériques (pincements, piqûres, bruits), tandis que d'autres restent insensibles à ces excitations périphériques et sortent de leur sommeil lorsqu'on les excite psychiquement en leur parlant de sujets qui les intéressent ou qui ont le pouvoir d'éveiller leur affectivité et leur attention. Souvent, on peut ainsi maintenir le sujet en éveil pendant un temps assez prolongé en continuant la conversation.

Nous avons donc fait cette expérience sur 8 de nos malades. Nous ne l'avons pas faite chez les 4 premiers malades que nous avons examinés à une époque où nous n'avions pas songé encore à la faire. D'ailleurs, à ce moment, il fallait savoir dans quelles limites la chronaxie vestibulaire des catatoniques et cataleptiques était modifiée. Malheureusement, l'expérience n'a pu être faite sur une 5e malade, la malade hystérique qui n'est pas revenue au rendez-vous.

Sur les 8 malades chez qui nous avons fait l'expérience, 3 avaient la chronaxie vestibulaire augmentée en sommeil, et 5 une chronaxie vestibulaire diminuée. Chez les trois malades à chronaxie vestibulaire augmentée qui appartiennent tous à la catégorie du sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser facilement momentanément, la chronaxie vestibulaire a toujours diminué au réveil. Mais cette diminution était toujours si importante que la chronaxie vestibulaire tombait toujours au-dessous de la normale, c'est-à-dire à 1/2 ou 1/4 de la normale.

TABLEAU I. — **Chronaxie pendant la catalepsie**

DONNÉES CLINIQUES — Classification clinique	N° d'ordre	Nom et Prénom	Age	Date du 1er examen	Attitude de la tête	Chronaxie vestibulaire en 1/1000 de seconde (σ) — Chronaxie Côté droit	Chronaxie Côté gauche	Chro axie normal
I. Sommeil cataleptique pithiatique guéri par la psychothérapie et le scopo-chloralose	1.	Mme Dol., Claire	40 ans	30 octobre 1931	Droite	160σ	— 160σ	
II. Sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser temporairement par des excitations psychiques ou périphériques appropriées. — Fortes réactions émotives	2.	Mme Ber., Léonie.	41 ans	12 mai 1930	Droite	92σ	— 92σ	
	3.	M. Her., Henri.	24 ans	26 mai 1930	Droite	40σ	— 40σ	
II. Sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser temporairement par des excitations psychiques ou périphériques appropriées. — Pas de réactions émotives apparentes	4.	M. Lel., Lucien.	25 ans	19 mai 1930	Droite	48σ	— 48σ	
III. Catalepsie confirmée insensible ou peu sensible à toute excitation psychique ou périphérique, au cours d'une désagrégation psychique progressive. — Hébéphréno-catatonie sans cause connue	5.	M. Bes., Jean.	33 ans	28 avril 1932	Inclinée à droite	6σ,8	— 8σ	12σ à 22σ
	6.	M. Per., Léon	27 ans	3 mars 1930	Inclinée à gauche	6σ,8	— 4σ,4	
	7.	M. San., Adolphe	31 ans	4 février 1930	Droite	2σ,4	— 2σ,4	
	8.	M. Mas., Camille	26 ans	17 février 1930	Inclinée à gauche	2σ,3	— 2σ,7	
	9.	Mlle Lal., Reine.	27 ans	2 juin 1930	Droite	2σ,2	— 2σ,2	
III. Catalepsie confirmée insensible ou peu sensible à toute excitation psychique ou périphérique, au cours d'une désagrégation psychique progressive. — Symptomatique — Auto-intoxication — Ictère chronique	10.	M. Cos., Elie.	34 ans	3 mars 1930	Inclinée à droite	4σ,4	— 7σ,6	
III. Catalepsie confirmée insensible ou peu sensible à toute excitation psychique ou périphérique, au cours d'une désagrégation psychique progressive. — Symptomatique — Lésions cérébrales organiques — Syphilis nerveuse cérébro méningée	11.	M. Rai., Charles	31 ans	17 février 1930	Droite	3σ,1	— 3σ,3	
III. Catalepsie confirmée insensible ou peu sensible à toute excitation psychique ou périphérique, au cours d'une désagrégation psychique progressive. — Symptomatique — Lésions cérébrales organiques — Artério-sclérose cérébrale présénile	12.	M. Pin., Jean.	49 ans	26 mai 1930	Droite	1σ,2	— 1σ,2	
IV. Sommeil cataleptique catatonique avec surdité psychique apparente. Disparition brusque à la suite de l'éthérisation générale et du scopo-chloralose. Evolution vers la désagrégation psychique.	13.	M. Bru., Albert.	42 ans	17 novembre 1931	Inclinée à gauche	4σ,8	— 0σ,64	

Après avoir constaté cette chute de la chronaxie vestibulaire pendant le réveil, nous avons, chaque fois, laissé le malade revenir dans son état spontané, et nous avons, chaque fois, vu la chronaxie vestibulaire revenir à une valeur égale ou très voisine de la valeur initiale.

Chez les malades à chronaxie vestibulaire diminuée, il a toujours été beaucoup plus difficile de les réveiller. Cependant, on y est arrivé chez quelques-uns d'entre eux et on constate alors que c'est surtout chez ceux dont les deux chronaxies sont inégales que l'on a pu obtenir un réveil plus ou moins net. Toutes les fois que cette expérience a réussi, nous avons vu les *chronaxies vestibulaires s'égaliser pendant le réveil,* c'est-à-dire qu'on voit la chronaxie la plus grande diminuer, et la chronaxie la plus petite augmenter.

Chez l'un de nos malades (sujet n° 12) en état de sommeil cataleptique et catatonique au cours d'un syndrome d'artériosclérose cérébrale présénile et qui avait une chronaxie vestibulaire très petite (1σ2), c'est-à-dire le 1/15 de la valeur normale moyenne, mais égale des deux côtés, nous avons vu, au moment du réveil, la chronaxie augmenter tellement qu'elle dépassait un peu la valeur maxima de la normale (28σ au lieu de 22σ, valeur maxima normale) ; chez un autre malade (sujet n° 5) qui avait une chronaxie inégale, de 6σ8 à droite et 8σ à gauche, nous avons vu la chronaxie remonter et dépasser la normale, des deux côtés (26σ à droite et 27σ à gauche) pendant le réveil. Ce réveil a présenté cette particularité d'avoir deux phases : dans la 1re phase le malade très présent, répondait d'une manière bien adaptée aux questions qu'on lui posait ; dans la 2e phase, le malade cessa de suivre la conversation et manifesta une activité psychique du type « autistique », parlant tout seul d'une façon désordonnée et peu cohérente : la chronaxie resta la même pendant les 2 phases.

Ainsi, on peut synthétiser les résultats de toutes ces expériences en disant que *dans le réveil les chronaxies tendent à s'approcher de la valeur normale.*

L'ensemble de ces expériences est résumé dans le tableau ci-joint (Voir Tableau II).

III. — Evolution de la chronaxie vestibulaire au cours des différents stades évolutifs de la maladie

Après avoir ainsi établi les faits précédents qui démontrent un rapport très évident entre la chronaxie vestibulaire et le comportement du malade au moment de l'examen, il nous a paru inté-

TABLEAU II. — **Variations de la Chronaxie vestibulaire pendant les expériences de réveil.**
(Les numéros d'ordre correspondent à ceux du Tableau I)

CLASSIFICATION CLINIQUE	SUJET — N° d'ordre	SUJET — Nom et Prénom	DATE DE L'EXPÉRIENCE	SOMMEIL	RÉVEIL — Réveil partiel	RÉVEIL — Réveil maximum	SOMMEIL	CHRONAXIE NORMALE
II. Sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser temporairement.....	2.	Mme Ber., Léonie.	12 mai 1930	92σ	36σ	6σ,8	80σ	
			2 juin 1930	80σ	26σ,8	pas obtenu	72σ	
	3.	M. Her., Henri	26 mai 1930	40σ		6σ,8		
	4.	M. Lel., Lucien.	19 mai 1930	48σ		4σ,4	50σ	
III. Catalepsie confirmée — Hébéphréno-catatonie	5.	M. Bes.. Jean.	28 avril 1932	Côté droit 6σ,8		1re phase 26σ / 27σ,6		
				Côté gauche 8σ		2e phase 25σ,2 / 26σ,4		12σ à 22σ
	8.	M. Mass, Camille.	19 mai 1930	Côté droit 6σ		3σ,4		
				Côté gauche 5σ,2		3σ,4		
	10.	M. Cos., Elie.	29 octobre 1932	2σ,4		6σ,4	2σ,4	
Symptomatique d'artério-sclérose cérébrale	12.	M. Pin., Jean.	26 mai 1930	1σ,2		28σ		
IV. Sommeil cataleptique catatonique avec surdité psychique apparente..	13.	L. Bru., Albert.	20 nov. 1931	Côté droit 5σ,20		2σ,68	4σ,8	
				Côté gauche 0σ,72		1σ,64	0σ,64	

ressant de chercher à savoir dans quel sens évoluait la chronaxie vestibulaire des malades qui s'aggravaient et de ceux qui s'amélioraient. Cette dernière partie de notre travail est malheureusement la plus incomplète, parce qu'il est difficile de revoir un malade psychiatrique à longue échéance. Les uns, comme le sujet n° 3, ont quitté l'asile très améliorés et ne sont pas revenus nous voir à notre appel. Les autres, au contraire, se sont aggravés et ont été dispersés au loin dans d'autres établissements. Nous avons donc pu revoir à longue échéance seulement 6 de nos malades, dont une, la malade n° 2, s'est très améliorée partiellement, et dont les autres, ou bien se sont aggravés progressivement, ou bien ont eu une amélioration temporaire, suivie d'une aggravation progressive.

1° Malade n° 2. Mme Ber... Léonie, entre le mois de juin 1930 et le 7 novembre 1932 s'est améliorée considérablement et n'a plus que des périodes intermittentes de sommeil. Nous avons pu faire l'expérience suivante le 7 novembre 1932. Ce jour-là dans un état de sommeil la chronaxie vestibulaire était encore grande (37σ2), mais beaucoup moins grande qu'en mai-juin 1930 (92σ).

En réveillant la malade, la chronaxie vestibulaire diminue et arrive à une valeur sensiblement normale (22σ4).

Nous n'avons pu constater le retour à la chronaxie augmentée la malade s'étant réveillée et ayant quitté le service presque comme une personne normale.

2° Le malade n° 4, M. Lel... Lucien, qui, au mois de mai 1930, avait une grande chronaxie (48σ) qui diminuait dans les expériences de réveil, s'est aggravé progressivement. Le 29 octobre 1932, la chronaxie pendant l'état de sommeil était devenue une chronaxie diminuée (6σ4) au lieu d'une chronaxie augmentée (48σ) en 1930. Malgré cette aggravation on pouvait encore le sortir partiellement de son état de sommeil. Pendant le réveil, la chronaxie a augmenté et est redevenue normale. En le laissant à lui-même, il est retombé dans son état de sommeil et la chronaxie a repris sa valeur initiale (6σ4).

3° Le malade n° 8, atteint d'hébéphréno-catatonie, qui avait une chronaxie vestibulaire très diminuée en février 1930, s'était d'abord progressivement amélioré et nous avons vu, au cours de trois examens successifs, entre le 17 février et le 19 mai 1930, la chronaxie s'élever progressivement, étant passée de 2σ32 le 17 février, à 3σ3 le 24 février et à 6σ le 19 mai. A partir de là, le malade a continué à s'améliorer et il est arrivé à une rémission si complète qu'il est sorti de l'asile et a repris une vie normale. Il est resté ainsi dehors pendant environ 18 mois, après quoi il a fait une rechute qui l'a ramené à l'asile. Nous l'avons retrouvé avec une toute petite chronaxie de 2σ64. Dans l'expérience de réveil la chronaxie augmenta à 4σ.

4° Le malade n° 10 s'est aggravé progressivement, psychiquement, mais en présentant des alternatives de sommeil cataleptique et de périodes de désagrégation psychique sans sommeil ni catalepsie. Après avoir eu une chronaxie inégale des deux côtés (au mois de mars 1930) il eut une chronaxie très augmentée (64σ) et égale des deux côtés, le 19 mai 1930. Ce jour-là il était en état de sommeil cataleptique très prononcé. Depuis il s'est aggravé progressivement et maintenant il est en état de désagrégation psychique. Le 29 octobre 1932 la chronaxie a été mesurée, et nous avons trouvé une chronaxie diminuée plus petite qu'en 1930 (2σ4). On a pu cependant le réveiller un peu, et la chronaxie est montée à 6σ4. Elle est revenue à sa valeur initiale de 2σ4 quand on a laissé le malade à lui-même.

5° Le malade atteint de catalepsie symptomatique d'une artériosclérose cérébrale présénile s'est aggravé progressivement et est maintenant en état de démence. La chronaxie vestibulaire est sensiblement la même le 2 novembre 1932 (1σ1) que le 26 mai 1930 (1σ2) ; mais, tandis qu'en 1930, on réussissait à le réveiller totalement et qu'on voyait la chronaxie remonter même au-dessus de la normale, en 1932, on n'arrive plus à réveiller son attention, et on n'a pas pu obtenir autre chose dans tous les essais faits que la chronaxie de 1σ1.

6° Le dernier malade (n° 13 Bru... Albert) qui présentait un état de sommeil cataleptique avec surdité psychique apparente et représente un cas tout à fait particulier, a subi une évolution extrêmement intéressante.

Au début, en novembre 1931, alors qu'il était en stupeur catatonique profonde, il avait une inégalité considérable entre les deux chronaxies vestibulaires, toutes deux diminuées (4σ8 à droite et 0σ64 à gauche). Le réveil produisait l'égalisation des chronaxies (2σ68).

En avril 1932, à la suite d'une éthérisation générale et d'administration de scopo-chloralose, le malade sortit brusquement de son sommeil cataleptique et se mit à raconter toute son histoire. A ce moment où le malade semblait presque normal, les chronaxies vestibulaires avaient considérablement augmenté, et repris une valeur normale (17σ2). Le 26 avril 1932 le malade était un peu moins bien et avait un certain assoupissement. Sa chronaxie était un peu plus petite (15σ6). En l'excitant on pouvait le réveiller très complètement, et la chronaxie augmenta jusqu'à 20σ4, ces chiffres oscillant dans les valeurs normales. Laissé à lui-même la chronaxie diminua légèrement et revint à 14σ8.

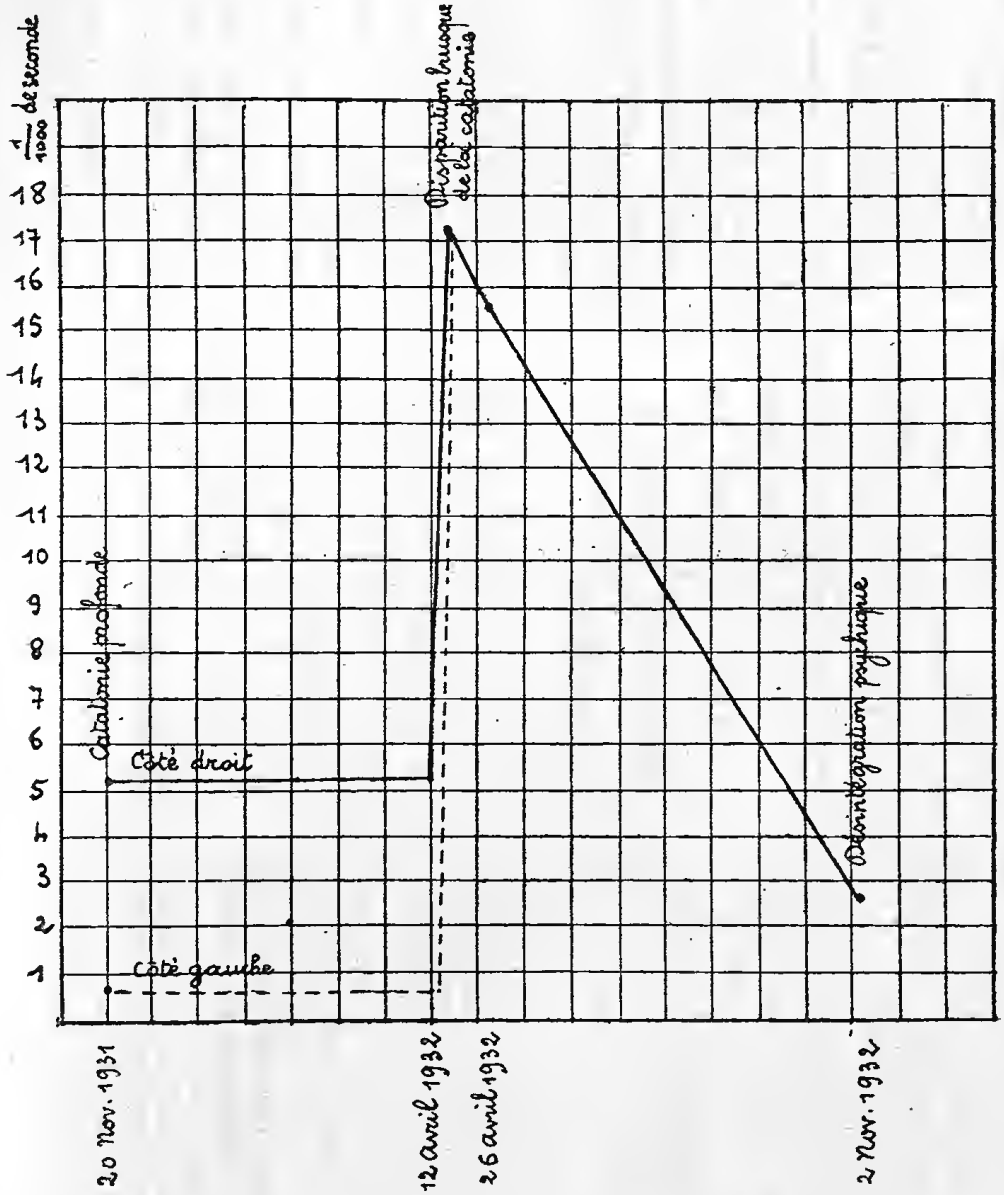
Bien que les variations dans ce cas ne soient pas considérables, elles sont cependant toujours dans le même sens que chez les autres malades ; mais ici c'est entre les limites extrêmes de la normale que se jouent les oscillations.

Après cette période de très grande amélioration, le malade est retombé et évolue maintenant de plus en plus vers une désagrégation psychique avec délire de plus en plus marqué. Nous avons pu revoir

ce malade une troisième fois, le 2 novembre 1932 : maintenant il n'a plus que des petites chronaxies vestibulaires égales des deux côtés, et il devient très difficile de le réveiller. On a obtenu cependant un réveil partiel, et pendant ce réveil très incomplet, la chronaxie vestibulaire est remontée légèrement de $2\sigma 68$ à $3\sigma 36$. Laissé à lui-même, le malade est retombé dans son état d'assoupissement et la chronaxie a de nouveau diminué et repris une valeur très voisine ($2\sigma 64$) de la valeur initiale ($2\sigma 68$).

L'ensemble de ces expériences est figurée dans le tableau ci-joint (Voir Tableau III).

En outre, nous donnons la courbe de ce dernier malade (voir fig.).



M. Bru., Albert (sujet n° 13). Evolution de la chronaxie vestibulaire au cours de l'évolution clinique.

TABLEAU III. — **Evolution de la chronaxie vestibulaire au cours des différents stades évolutifs de la maladie**
(Les numéros d'ordre correspondent à ceux des tableaux I et II)

CLASSIFICATION ET ÉVOLUTION CLINIQUE	SUJETS — Numéro d'ordre	SUJETS — Nom et prénom	DATES DES EXAMENS SUCCESSIFS	ETAT CLINIQUE AU MOMENT DES EXAMENS	ETAT DE SOMMEIL OU RÉVEIL AU MOMENT DE LA MESURE	CHRONAXIE VESTIBULAIRE — Côté droit	CHRONAXIE VESTIBULAIRE — Côté gauche	CHRONAXIE NORMALE
Sommeil cataleptique catatonique ayant abouti à une grande amélioration.	2	Mme Ber., Léonie.	12 Mai 1930...	Sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser temporairement.	Sommeil.	92σ	92σ	12σ à 22σ
					Réveil.	6σ,8	6σ,8	
					Sommeil.	80σ	80σ	
			7 nov. 1932...	Amélioration progressive considérable, sommeil très intermittent.	Sommeil.	37σ,2	37σ,2	
					Réveil.	22σ,4	22σ,4	
					La malade reste réveillée.			
Sommeil cataleptique catatonique ayant abouti, après aggravation progressive, à la désintégration psychique.	4	M. Lcl., Lucien.	19 mai 1932...	Sommeil cataleptique catatonique pouvant cesser temporairement.	Sommeil.	48σ	48σ	
					Réveil.	4σ,4	4σ,4	
					Sommeil.	50σ	50σ	
			29 oct. 1932...	Aggravation progressive aboutissant à la désintégration physique.	Sommeil.	6σ,4	6σ.4	
					Réveil.	13σ,6	13σ,6	
					Sommeil.	6σ,4	6σ,4	
Hébéphréno-catatonie périodique, en état de catalepsie confirmée au début, s'étant améliorée ensuite au point de reprendre la vie normale pendant 18 mois, puis ayant abouti à une rechute avec désintégration psychique.	8	M. Mas., Camille.	17 fév. 1930...	Catalepsie confirmée.		2σ,52	2σ,68	
						3σ,36	3σ,20	
			24 fév. 1930...	Période prémonitoire de l'amélioration qui est survenue ensuite.	Sommeil.	6σ	5σ,2	
			19 mai 1930...		Réveil.	3σ,4	3σ,4	
								
				Amélioration très grande avec sortie de l'asile.	Pas d'examen.			
			7 nov. 1932...	Rechute.....	Sommeil.	2σ,64	2σ,64	
					Réveil.	4σ	4σ	

TABLEAU III. — **Evolution de la chronaxie vestibulaire au cours des différents stades évolutifs de la maladie** (*Suite*).

(Les numéros d'ordre correspondants à ceux des tableaux I et II.)

CLASSIFICATION ET ÉVOLUTION CLINIQUE	SUJETS — Numéro d'ordre	SUJETS — Nom et prénom	DATES DES EXAMENS SUCCESSIFS	ETAT CLINIQUE AU MOMENT DES EXAMENS	ÉTAT DE SOMMEIL OU RÉVEIL AU MOMENT DE LA MESURE	CHRONAXIE VESTIBULAIRE — Côté droit	CHRONAXIE VESTIBULAIRE — Côté gauche	CHRONAXIE NORMALE
Catalepsie confirmée au cours de laquelle est apparue une période de stupeur profonde, suivie d'aggravation progressive aboutissant à la désintégration psychique.	11	M. Cos., Elie	3 mars 1930..	Désintégration psychique. Catalepsie confirmée.		4σ,4	7σ,6	12σ à 22σ
			19 mai 1930 ..	Période de sommeil cataleptique et de profonde stupeur.		64σ	64σ	
			19 octob. 1932	Aggravation progressive.	Sommeil.	2σ,4	2σ,4	
					Réveil.	6σ,4	6σ,4	
					Sommeil.	2σ,4	2σ,4	
Catalepsie confirmée, symptomatique d'une artério-sclérose cérébrale présénile, avec possibilité de réveiller l'attention au début, puis aggravation progressive aboutissant à la démence avec désintégration psychique complète.	12	M. Pin., Jean	26 mai 1930..	Catalepsie confirmée, mais avec possibilité de réveil par forte excitation.	Sommeil.	1σ,2	1σ,2	
					Réveil.	28σ	28σ	
			2 novemb. 1932	Aggravation progressive. Démence complète. Impossibilité de réveiller l'attention du malade.	Sommeil.	1σ,1	1σ,1	
					Vaine tentative de réveil.	1σ,1	1σ,1	
Sommeil cataleptique catatonique avec surdité psychique apparente ayant disparu brusquement à la suite de l'thérisation générale et de l'absorption de scopo-chloratose; phase d'amélioration suivie d'aggravation progressive aboutissant à la désintégration psychique avec état délirant.	13	M. Bru., Albert	20 novembre 1931	Etat catatonique profond.	Sommeil.	5σ,2	0σ,72	
					Réveil.	2σ,68	2σ,64	
					Sommeil.	4σ,8	0σ,64	
			26 avril 1932..	Disparition de l'état catatonique. Phase d'état subnormal.	Assoupissem. léger	15σ,6	15σ,6	
					Réveil complet.	20σ,4	20σ,4	
					Assoupissem. léger	14σ,8	14σ,8	
			2 novembre 1932	Aggravation progressive aboutissement à la désintégration psychique.	Sommeil.	2σ,68	2σ,68	
					Réveil partiel	3σ,36	7σ,36	
					Sommeil.	2σ,64	2σ,64	

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

En résumé, la chronaxie vestibulaire apporte à la psychiatrie un élément d'appréciation de l'état du malade très important et qui permet de suivre l'évolution clinique et d'en tracer une courbe véritablement physiologique.

De nos recherches actuelles il ressort que les malades les plus assoupis sont ceux qui ont les plus grandes chronaxies vestibulaires, mais que ce sont aussi ceux qui sortent le plus aisément de cet état et qui paraissent le moins profondément touchés au moment de l'examen. Mais il faut se garder de tirer de cette constatation un élément de pronostic. Si le malade s'améliore sa chronaxie vestibulaire revient vers la normale sans passer au-dessous. Si, au contraire, il s'aggrave, sa chronaxie diminue de plus en plus. Chez ces malades qui ont, soit primitivement, soit après une évolution, la chronaxie vestibulaire abaissée, le sommeil cataleptique diminue et la désagrégation psychique l'emporte sur le sommeil.

Le parallélisme entre l'évolution clinique et celle de la chronaxie vestibulaire est parfait, mais il ne permet pas de préjuger de l'évolution finale.

Dans les expériences de réveil, la chronaxie a tendance à revenir à sa valeur normale, c'est-à-dire qu'elle varie en sens inverse suivant qu'elle est augmentée ou diminuée. Dans le cas où les deux chronaxies sont inégales, il s'établit une égalisation des deux côtés.

Bien que nos études soient à leur début, elles permettent d'affirmer que la mesure de la chronaxie vestibulaire et de son évolution doit prendre une place très importante dans l'observation des malades mentaux. C'est vraiment là l'introduction d'un élément de mesure avec une précision toute physique en psychiâtrie.

M. Piéron. — Ces très intéressantes recherches gagneraient à être complétées par les suivantes, qui fourniraient des données positives permettant de se rendre compte si l'inhibition décelée par la chronaxie se manifeste ou non d'une façon objective par une autre méthode. Rechercher, par exemple, si un réflexe de défense n'apparaît pas et ne disparaît pas simultanément et parallèlement aux variations de la chronaxie chez les mêmes malades. Rechercher si les excitations physiologiques du vestibule : par rotation et par injection d'eau dans l'oreille, ne varient pas aussi parallèlement aux variations de la chronaxie. On aurait des réactions mesurables : le nombre des secousses du nystag-

mus après la rotation, l'écart nécessaire entre la température de l'eau et celle de l'oreille pour obtenir les secousses.

M. Henri CLAUDE. — Les recherches qui viennent de vous être exposées par M Bourguignon ont été entreprises à la suite de certaines indications que nous avions tirées, M. Baruk et moi, de l'exploration de l'appareil vestibulaire, par l'épreuve du vertige voltaïque, ainsi que d'autres épreuves que nous avions poursuivies avec M. Aubry. Ces indications nous avaient paru assez intéressantes pour que nous demandions à M. Bourguignon de nous apporter un nouveau contrôle par la méthode de la chronaxie, qui permet de mieux mesurer les variations de l'activité fonctionnelle du vestibule, en apportant des chiffres comparables entre eux.

D'autre part, la catégorie de malades à qui nous avions à faire se prête difficilement aux recherches rotatoires et à l'exploration par la méthode de Baranyi. Nous avions ainsi la possibilité d'introduire en psychiatrie des éléments de mesure à caractère véritablement objectif et qui permettent, d'un autre côté, d'avoir une idée précise d'une activité fonctionnelle au moment où l'on poursuit les constatations.

Cette exploration nous a permis tout d'abord de démontrer que, dans des cas d'hystérie, il existe bien véritablement un état fonctionnel pathologique, contrairement à certaines doctrines, qui voient dans l'hystérie une simulation ou une activité de jeu. D'autre part, il résulte des faits qui vous ont été rapportés qu'il y a les plus grandes analogies entre des états fonctionnels qui sont la conséquence des maladies organiques et des états fonctionnels de même aspect symptomatique, mais qui ne paraissent pas reposer sur des modifications organiques des centres nerveux appréciables par les moyens d'exploration ordinaires. Il y a donc, comme nous l'avons déjà souvent indiqué, des états dynamiques des centres nerveux qui prennent le masque d'états organiques en ayant comme substratum les centres et les voies anatomiques modifiés fonctionnellement, d'une façon temporaire.

Les constatations que nous avons faites, si elles ne permettent pas de porter un pronostic quant à l'évolution pathologique ultérieure des troubles constatés, permettent du moins d'apprécier l'intensité et la gravité du processus morbide actuel. La résistance du sujet à sortir d'un état fonctionnel troublé ou bien, dans d'autres cas, l'évolution d'un syndrome morbide vers une aggravation ou une atténuation, sont des faits qui s'inscrivent suivant la courbe des résultats obtenus, c'est-à-dire en fonction

de la grandeur des chronaxies vestibulaires considérées comme témoins des activités cérébrales.

Bien que ces recherches ne soient encore qu'à leur début et méritent d'être poursuivies dans des conditions différentes et avec un plus grand nombre de cas, il nous est apparu qu'elles constituaient un moyen de contrôle des études psychiatriques, apportant à celles-ci un élément d'objectivité nouveau et de nature à éclairer la physiologie pathologique encore incertaine de bien des états psychopathiques.

M. H. Baruk. — L'étude de la chronaxie vestibulaire, que nous avons pu faire grâce à M. Bourguignon, dans le sommeil cataleptique, se rattache à un ensemble de recherches de physiologie clinique que nous poursuivons sur ce sujet, M. Claude et moi, depuis plusieurs années. Le point de départ a été l'étude de la raideur catatonique par comparaison aux autres contractures connues en neurologie. Nous avions remarqué que, tandis que ces diverses contractures sont relativement fixes, la raideur catatonique est au contraire susceptible de variations considérables, suivant l'état d'engourdissement ou d'éveil du sujet. La raideur a son maximum durant la stupeur. Si l'on parvient à réveiller le sujet, elle peut cesser instantanément. C'est ce que nous avions désigné sous le nom « d'hypertonie psychomotrice », pour bien marquer l'intrication étroite du trouble du tonus musculaire et du degré d'éveil ou d'engourdissement de l'activité psychique.

Ces variations du tonus musculaire suivant l'état de sommeil cataleptique ou de réveil ont pu être objectivitées par nous d'une façon frappante, d'abord avec Thévenard, ensuite avec Mlle Nouel, grâce aux courbes électromygraphiques. On voit les courants d'action cesser dans les muscles instantanément, chez certains sujets, aussitôt le réveil, et reparaître immédiatement dès que le malade, laissé à lui-même, retombe dans son engourdissement. Nous avons pu de même, toujours grâce à l'électromyographie, inscrire dans certains cas la disparition de la catalepsie dans le réveil, sa réapparition fréquente avec l'engourdissement. Plus récemment, nous avons pu, avec R. Porak, objectiver, grâce à l'ergographe de Mosso, les variations de la mise en train psychomotrice dans le sommeil cataleptique et dans le réveil. Nous avons pu, d'ailleurs, observer les mêmes variations dans le sommeil cataleptique expérimental de la bulbocapnine et du scopochloralose.

Toutes ces variations du tonus musculaire, de la mise en train psychomotrice et du comportement, que nous avons pu mettre

en évidence au cours des phases successives de sommeil et de réveil, sont à rapprocher des variations qui se produisent exactement dans les mêmes conditions de la chronaxie vestibulaire telles qu'elles viennent de vous être exposées. Il y a là un ensemble de lois liées au syndrome du *sommeil cataleptique* et qui marquent très probablement les phases d'inhibition ou de reprises de l'activité cérébrale.

M. Piéron nous demande quels sont les rapports des perturbations de la chronaxie vestibulaire que nous avons observées et des réactions aux épreuves labyrinthiques classiques. Nous n'avons pas pu pratiquer chez les mêmes malades la recherche de la chronaxie vestibulaire et des épreuves labyrinthiques. Mais, avec Aubry, nous avons étudié ces épreuves labyrinthiques (galvaniques, caloriques et rotatoires) chez des malades tout à fait analogues à ceux que nous venons d'étudier avec M. Bourguignon, c'est-à-dire chez des sujets en état de sommeil cataleptique ou de catatonie. Nous avions signalé une inexcitabilité labyrinthique spéciale pendant les phases de sommeil cataleptique ou de stupeur catatonique.

Un dernier point reste à envisager, c'est la question des relations qui existent entre ces données de la chronaxie vestibulaire et les classifications cliniques. On a trop souvent l'habitude, en psychiatrie, d'envisager les cadres nosographiques comme des entités absolues, nettement séparées, et de nature différente. Il s'agit, bien plus souvent, non pas de maladies distinctes, mais de *degrés différents de réactions cérébrales pathologiques*. Il en est ainsi notamment du sommeil cataleptique et de la catalepsie. Au degré le plus léger, l'engourdissement est très facilement reversible et peut être guéri complètement par une excitation périphérique ou psychique. C'est ce qui se passe dans le sommeil cataleptique pithiatique. A un degré de plus, l'engourdissement peut être momentanément suspendu sous l'influence d'excitation appropriée, mais il reparaît dès que ces excitations cessent. C'est ce qui se passe dans le sommeil cataleptique catatonique. A un degré encore plus marqué, l'engourdissement et les troubles moteurs qui l'accompagnent restent fixes et ne peuvent plus ou presque plus être supendus. C'est ce qui se passe dans la catalepsie et la catatonie confirmée. Ces divers degrés peuvent rester isolés, ou au contraire se présenter d'une façon successive au cours de l'évolution, représentant ainsi des *stades successifs de la maladie*. Plus cette évolution se poursuit, plus la dissociation psychique s'accentue. Celle-ci apparaît comme la suite de ces phases de sommeil cataleptique, et dans les cas graves à évolu-

tion progresive, les crises de sommeil finissent peu à peu par faire place à une désagrégation psychique marquée. C'est là, en somme, toute l'histoire des rapports de la catatonie et de la démence précoce.

Or, tous ces stades évolutifs ou régressifs peuvent être suivis pas à pas au point de vue physiologique, grâce à la chronaxie vestibulaire. Celle-ci étant augmentée dans les stades légers, abaissée dans les stades plus accentués.

Tous ces faits nous montrent que les divers syndromes du sommeil cataleptique, de la catatonie et de l'hébéphrénie traduisent probablement une gamme de degrés de profondeur sans cesse variable de perturbations du fonctionnement cérébral.

M. Bourguignon. — M. Piéron a raison. J'ai bien l'intention de poursuivre les recherches qu'il a indiquées. Mais je suis retenu par des difficultés techniques concernant la synchronisation des recherches. Il est en effet nécessaire qu'elles soient exécutées en même temps, car d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre, l'état du malade n'est plus le même.

Régression complète d'un syndrome hébéphréno-catatonique après mastoïdite opérée, par MM. Paul Courbon et Jean Tusques.

Il s'agit d'une femme, âgée aujourd'hui de 31 ans qui, après avoir présenté pendant deux ans des troubles mentaux et physiques progressifs et réalisé pendant près de six mois un syndrome hébéphréno catatonique, eut alors spontanément une suppuration de l'oreille pour laquelle une trépanation mastoïdienne fut pratiquée et manifesta à dater du début de cette suppuration une amélioration si rapide que quelques jours après la trépanation, les validités physiques et mentales paraissaient redevenues normales, apparence qui persiste encore au bout de trois mois.

Nous ne savons rien de précis sur ses antécédents héréditaires. Jamais malade dans sa jeunesse, elle vint de Bretagne à Paris à 20 ans et se plaça comme femme de chambre.

A 22 ans elle eût la fièvre typhoïde accompagnée d'une confusion mentale sans agitation qui permit le traitement dans un hôpital ordinaire pendant deux mois, suivi d'une convalescence de deux mois à San Salvadour, établissement de l'Assistance publique.

Elle revint se placer à Paris et gagna sa vie avec autant d'aisance qu'auparavant, ne donnant pas à l'entourage l'impression d'une diminution mentale.

En 1928, âgée de 27 ans, elle se maria avec un maître d'hôtel qui l'avait rendue enceinte et fit aussitôt une fausse couche de trois mois environ sans gravité. Depuis lors, elle suivit son mari, homme brutal, éthylique et instable dans ses déplacements, se plaçant comme femme de chambre là où il se plaçait comme maître d'hôtel.

D'après celui-ci, les premiers troubles mentaux datent du début de 1930. Ils se manifestèrent par de la paresse, des oublis, des négligences du ménage, et même un commencement d'incendie à l'occasion d'un nettoyage de vêtements à l'essence. D'un commun accord, ils se séparèrent en juillet 1930.

Elle venait donc seule d'Alger, où ils se trouvaient depuis neuf mois, à Paris. Elle se sentait fatiguée, avait des douleurs de tête, des insomnies. Pendant près d'un an, elle vécut le plus souvent hébergée par sa sœur mariée, trouvant parfois le moyen de se placer chez des patrons où elle ne restait jamais plus de quelques semaines.

De mars à mai 1931, elle fit un séjour en Bretagne chez ses parents. Elle revint à Paris, reprit la même vie décousue auprès de sa sœur. Ses fatigues, ses algies allant en s'accentuant, celle-ci la conduisit à l'hôpital Henri-Rousselle en décembre 1932.

Les certificats ci-dessous permettent une représentation assez exacte de son état :

« Est atteinte d'une psychose hallucinatoire d'allures paranoïdes. Idées de persécution et d'influence, avec préoccupations hypocondriaques. Hallucinations multiples. On la poursuit, on lui cause. Descend constamment l'escalier parce qu'on l'appelle et qu'on vient la chercher. Entend des insultes, des propositions érotiques. Odeurs bonnes et mauvaises. Secousses électriques. Visites fréquentes aux médecins. Recherches dans les chambres et couloirs d'hôtel d'un certain Anglais. Cessation du travail depuis des mois. Dans le service, se cache sous les draps. Sourires discordants. Minauderies. Antérieurement, fièvre typhoïde grave avec état délirant, réactions humorales négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. » (12 décembre 1931, Dr Roger Dupouy).

« Est atteinte de délire hallucinatoire à forme paranoïde. Voix persécutrices d'hommes et de femmes qui l'insultent ou lui disent de la suivre, propos aimables, propositions amoureuses. Courants électriques. Mauvaises odeurs ou parfums de fleurs. Craintes hypocondriaques (consultations répétées). Troubles du comportement. Cherche les gens dans les hôtels, pénètre dans les chambres, erre dans les couloirs. Sourires discordants. Inactivité progressive. Désaccord conjugal. Divorce récent. Réflexes tendineux vifs. Hyperhidrose palmaire. Débilité initiale. Aggravation après une encéphalite typhique vers 23 ans. Liquide céphalo-rachidien normal, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. L'état mental de cette malade rend nécessaire son placement dans un asile d'aliénés. » (12 décembre 1931, Dr Courtois).

« Présente un état de confusion mentale avec hallucinations, les unes agréables, les autres pénibles, s'entendait appeler, absorption et réponses rares. Sourires. Réflexes rotuliens vifs. Cicatrice de brûlure au pied droit. Peut être transférée. » (13 décembre 1931, Dr Simon).

« Syndrome de maniérisme, avec idées polymorphes floues, ambivalence symptomatique de démence. A maintenir. » (16 décembre 1931, Dr Courbon).

« Démence hébéphréno-catatonique. Même état qu'à l'entrée. A maintenir. » (29 décembre 1931, Dr Courbon).

La démence et la catatonie allèrent en s'accentuant rapidement. Alitée. Mutiste, négativiste, elle tomba rapidement dans un état cachectique extrême. Pendant des mois il fallait la nourrir à la sonde. Elle gâtait presque constamment au lit, était inerte, oisive, indifférente, hostile, courbée sous les couvertures, sans dire un mot, sans faire un geste. Parfois elle divaguait avec incohérence, grimaçante et hallucinée.

Son poids, qui est aujourd'hui de 61 kg. et qui, à l'entrée, avait été de 54 kg. 700, tomba à 37 kg. pour une taille de 1 m. 60. Le soir du 22 avril, elle eut une syncope et l'état parut si alarmant que la famille fut prévenue par télégramme.

C'est peu après qu'une suppuration de l'oreille gauche avec réactions subfébriles minimes, oscillations autour de 38 et plus tard douleurs mastoïdiennes, apparut. En même temps, la torpeur, l'indocilité et le négativisme cédaient sans faire place cependant à la lucidité. Le 6 juin, devant l'aggravation des phénomènes locaux, on envoyait la malade au Pavillon de chirurgie.

Elle en revint le 8 août 1932 avec l'indication laconique qu'elle avait été trépanée pour mastoïdite et endormie au chloroforme. Mais elle était transformée au point de vue physique et mental. Aimable, souriante, sensée, engraissée, quoique presque chauve, elle se disait guérie et réclamait du travail. Cependant elle conservait une allure guindée, avait des minauderies précieuses, riait à contre-temps, tout un ensemble de maniérisme qui ne se dissipa que lentement, ne disparut tout à fait qu'en octobre.

Physiquement elle pèse aujourd'hui 61 kilogs, a recouvré sa belle chevelure, a retrouvé toutes ses forces, s'occupe régulièrement depuis plus de deux mois aux travaux de couture et de ménage.

Mentalement elle a toute sa lucidité, toute sa mémoire, reconnaît avoir été malade, explique par le manque d'appétit et par le goût nauséabond qu'avait la nourriture le long jeûne qu'elle s'imposa. Elle a été malheureuse avec son mari qui était joueur et brutal. Heureuse de ne pas avoir d'enfant, d'accord avec lui pour divorcer, elle se refera une vie avec l'aide de sa famille.

Sa sœur et ses beaux-frères viennent la voir. Elle correspond avec eux avec beaucoup d'affectivité. Avec leur aide, elle trouvera une place de femme de chambre.

La seule anomalie qu'on puisse constater chez elle c'est peut-être une impatience insuffisante à quitter l'asile. Mais il est vrai qu'elle y a une existence à la fois laborieuse et agréable, y recevant de fréquentes visites, y jouissant d'une demi-liberté et que nous-mêmes, craignant une rechute, l'encouragions jusque là à la résignation.

Maintenant qu'elle insiste et que l'amélioration paraît solidement installée, nous allons lui accorder sa sortie. Cependant, ne voulant pas être trop optimistes avant que l'expérience du retour dans la société ait prouvé le véritable degré de sa validité mentale, nous ne parlons encore que de régression et nous n'employons pas encore à son égard le mot « guérison ».

De cette observation, trois points sont à retenir concernant les rapports de la typhoïde antérieure avec la psychose, les rapports de la mastoïdite et ceux de l'intervention chirurgicale avec sa disparition.

1°Sur le premier point, celui du rôle que la fièvre typhoïde apparue sept ans avant cette psychose, a pu jouer dans l'éclosion de celle-ci, nous serons brefs. Les documents nous manquent pour savoir exactement ce qui s'est passé. Il est certain que cette typhoïde s'accompagna de confusion mentale, n'en aurions-nous pour preuve que l'amnésie de la malade sur cette période. Il est moins certain que la validité mentale après la guérison de la fièvre typhoïde fût redevenue aussi normale que le prétend la famille.

2° Sur le rôle que la mastoïdite, ou plutôt sur le rôle que l'état général cachectique dont cette mastoïdite était une manifestation, a joué dans la régression de la psychose actuelle, nous pensons pouvoir être plus catégoriques. Ce rôle paraît incontestable. En même temps que l'oreille suppurait et alors que la cachexie extrême faisait redouter une issue fatale imminente, le négativisme et la sitiophobie cédaient et la malade devenait plus abordable, plus docile. Aujourd'hui encore, elle se souvient, avec précision, de ce qu'elle faisait et de ce qui se passait auprès d'elle dans les jours qui précédèrent son départ au Pavillon, alors qu'elle ne se souvient pas du tout des périodes antérieures.

C'est donc l'altération profonde et spontanée de la santé physique qui semble avoir été la condition initiale de la régression des troubles mentaux. Malheureusement, on ne peut identifier la nature de cette altération puisque l'examen bactériologique du pus otitique n'a pas été fait et que l'on ne trouve plus de signe physique bien évident d'une lésion quelconque.

Ce qui est à noter, c'est le peu d'intensité de la fièvre pendant la suppuration otitique qui, à l'asile, ne dépassa pas 38,5. Par

conséquent, le facteur hyperthermique n'eut pas une grosse importance.

3° Quelle fut l'importance du facteur chirurgical ? Nous n'avons obtenu aucun détail du service de chirurgie. « Mastoïdite, trépanation » portait la fiche sans même une indication de date de l'opération. Par ailleurs nous avons su que l'anesthésie avait eu lieu au chloroforme. Enfin, on peut constater sur la malade les cicatrices opératoires.

Malgré cette pénurie de renseignements, on peut conclure que l'acte opératoire joua un rôle minime puisque l'amélioration mentale avait commencé avant lui.

Signalons qu'à part le traitement chirurgical, les injections de cacodylate de soude constituèrent toute la thérapeutique employée.

M. Roger Dupouy. — Pourquoi employer le terme d'hébéphréno-catatonie pour désigner la psychose d'une femme âgée de 31 ans ? Il n'est applicable qu'aux enfants ou aux jeunes gens. De plus, dans ce cas-ci, il n'est pas certain qu'il se soit agi d'une véritable démence précoce.

M. H. Beaudouin. — J'ai moi aussi constaté une régression considérable des troubles mentaux d'une démente précoce après mastoïdite opérée, mais elle n'a duré que trois semaines. La recherche du niveau mental dans une régression apparemment très grande, comme celle que l'on obtient par la thérapeutique au nucléinate, montre généralement que ce niveau est inférieur par rapport à ce qu'il était après la psychose.

M. Courbon. — Nous avons dit syndrome et non psychose, pour ne pas préjuger de la nature démentielle ou non des troubles mentaux constatés. Nous avons dit hébéphrénocatatonique parce que ces troubles mentaux ont consisté successivement en réactions intellectuelles discordantes, ambivalence affective, délire polymorphe flou, tels qu'on les décrit sous le nom de démence hébéphrénique et en stupeur, négativisme et mutisme, tels qu'on les décrit sous le nom de démence catatonique, pour marquer la gravité apparente du pronostic. Il serait souhaitable que, comme le veut M. Dupouy, la signification médicale des termes psychiatriques respectât toujours leur signification étymologique. La recherche du niveau mental n'a pas été faite, mais le meilleur critérium, celui de l'adaptation sociale, va lui être appliqué par sa mise en liberté.

Récidive d'une paralysie générale en régression après torsion sigmoïdienne, par MM. Paul COURBON et Jean TUSQUES.

Dans la séance du 15 janvier 1931, l'un de nous avait présenté avec M. Mondain une malade dont la paralysie générale attestée par plusieurs observateurs, avait subi une régression énorme à la suite d'une torsion spontanée de l'anse sigmoïde qui avait nécessité une laparatomie sous anesthésie au balsoforme (mélange de Schleich et de goménol) et une sigmoïdopexie.

Devant l'Assemblée, la malade avait fait la critique de ses extravagances passées, fourni la preuve du retour de sa mémoire et donné sur la conduite qu'elle allait tenir dès son retour à la liberté des explications que tout le monde avait trouvées très judicieuses, et tout le monde avait considéré que la régression des troubles mentaux était énorme.

Cette femme quitta effectivement l'asile le 1er février 1931 et reprit son métier de marchande foraine au côté de son mari. Eh bien, elle a réintégré le service le 7 avril 1932 dans un état de démence et d'incohérence mégalomaniaque complète. Nous ne l'avons pas amenée ici car le syndrome clinique de la paralysie générale est banal. Elle va accoucher de 100 petits enfants bien beaux, bien frisés, 50 garçons, 50 filles. Elle est immensément riche. Elle est dans un palais. Elle ignore la date, son âge. Elle a de la dysarthrie, de la rigidité et de l'inégalité pupillaire, une abolition des réflexes achilliens. Les réactions biologiques sont toutes positives. Le stovarsol a échoué.

D'après les renseignements du mari, elle eut une conduite parfaite pendant neuf mois, faisant la cuisine et le ménage, achetant et vendant avec autant de sagesse que lui-même. Puis, brusquement, elle devint paresseuse, se coucha, ne voulut plus rien faire et divagua. Et un an et quelques jours après sa mise en liberté, il devait la conduire à l'hôpital où le diagnostic de paralysie générale était fait et d'où on l'évacuait sur Sainte-Anne qui l'expédia à Vaucluse.

Cette réapparition des troubles mentaux démentiels doit-elle être qualifiée de rechute ou de récidive ? Intentionnellement, nous avons employé ce dernier terme parce que, pour court qu'il ait été, le critère du retour à la vie sociale permettait de conclure à une guérison puisque le sujet avait recouvré non seulement l'art de bien raisonner, mais encore l'art de bien se conduire.

Pendant neuf mois, elle fut capable de tout ce dont elle était

capable avant sa paralysie générale. Ce ne fut pas long, mais c'est tout de même un intervalle appréciable.

Beaucoup d'hypothèses pourraient être échafaudées pour expliquer cette évolution. Nous nous contentons d'enregistrer le fait. A la suite des perturbations biologiques produites par une torsion sigmoïdienne qui nécessita une laparatomie, on vit disparaître tous les troubles mentaux d'un syndrome démentiel paralytique et un état physique floride s'installer. Au bout de neuf mois d'une validité parfaite et sans cause exogène identifiable les troubles démentiels réapparaissaient, sans autre atteinte de l'état physique qu'un certain amaigrissement.

Le moins que l'on puisse en conclure, c'est que les régressions non thérapeutiques d'une démence organique à lésion grossière comme la paralysie générale n'ont pas grande durée. Cela n'est pas pour fortifier notre optimisme concernant l'avenir de la démence hébéphréno catatonique en régression présentée tout à l'heure. Nous ferons en sorte de ne pas la perdre de vue et nous tiendrons la Société au courant de son sort.

Le chlore cérébral dans certaines psychoses, par M. Mares Cahane (*Laboratoire de l'Hôpital Diciosanmartin*).

Dans une note antérieure (1), nous avons montré que dans certaines psychoses azotémiques, il y a une hyperchlororachie tandis que le chlore sanguin oscille dans les limites normales, sauf dans les cas avec lésions rénales ou hyperthermie, où nous avons trouvé une rétention chlorée. L'hyperchlororachie dans un de nos cas était de 6,17 ‰, tandis que le chlore plasmatique était de 5,54 et le chlore globulaire 4,11 ‰. Il faut rappeler qu'avant nous, M. Delaville et P. Tschermakowsky (2) ont trouvé une augmentation du chlore plasmatique, surtout marqué chez les anxieux et chez les épileptiques. En poursuivant les recherches, les mêmes auteurs analysant le chlore de la substance grise et de la substance blanche du cerveau, ont constaté chez les malades atteints de troubles mentaux de formes diverses, une rétention chlorée particulièrement marquée, dans la substance grise. En examinant les 13 cas, nous voyons que l'augmentation la plus importante fut trouvée dans un cas de dépression mélancolique avec parkinsonisme, terminé par une broncho-pneumonie, puis dans la démence organique, la paralysie générale,

(1) *Annales Médico-Psychologiques,* octobre 1931, page 312.
(2) *Compte-Rendus de la Société de Biologie,* 1929, p. 342.

la démence artériopathique, la confusion mentale, la psychose périodique et le délire alcoolique. Nous croyons que la maladie accidentelle qui a déterminé la mort du malade a autant d'importance, sinon plus, que la psychose elle-même.

Après ces constatations, nous exposerons aussi nos faits.

Nous avons utilisé, pour le dosage du chlore, la méthode de Volhard-Charpentier, modifiée par Laudat. Le tissu cérébral fut prélevé (au moins 2 gr.), et pesé à la balance de précision dans un vase fermé, puis soumis à une destruction nitro-permanganique.

Voici nos résultats :

Numéro	Nom	Diagnostic	Age	Chlore 0/00 substance grise	Cause du décès
1..	B. A.	Tabo-Paralysie générale.	59 ans	1,09	Urémie.
2..	Bott.	Crétinisme, goître.	21 —	1,70 1,80	Tuberculose pulmonaire.
3..	Fara.	Paralysie générale.	43 —	1,79 1,84	Septicémie.
4..	Str. Alex.	Paralysie générale.	44 —	2,00 2,03	Cachexie, congestion cérébrale.
5..	Pr. Iul.	Encéphalite psychosique.	31 —	2,07 1,98	—
6..	Ger.	Démence sénile.	65 —	1,42 1,51	Pneumonie double.
7..	Kay.	—	68 —	1,41 1,35	—
8..	Mailat.	Pellagre. Confusion mentale.	35 —	2,25 2,30	Cachexie.
9..	Râu. El.	Confusion mentale aiguë.	53 —	1,65 1,65	—
10.	Mya.	Démence sén.	75 —	2,66	Ostéoporose cachexie.
11.	Sas.	Encéphalite psychosique.	20 —	1,58 1,56	—
12.	Socaci.	Tabo-Paralysie générale.	37 —	2,82	Rétention d'urine, cachexie.
13.	Cer.	Paralysie générale.	44 —	2,74	Cachexie escarres
14.	Oroslav.	—	52 —	2,71	—
15.	Kast.	Schizophrénie.	60 —	1,45	Hémorragie cérébrale.

Dans ce cas, le chlore des muscles fut 1,69 ‰, celui du cœur 2,23 ‰.

Nous avons pratiqué un certain nombre de dosages dans la substance blanche.

Numéro	Nom	Diagnostic	Age	Substance grise	Substance blanche	Cause du décès
16..	G. B.	Paralysie générale.	46 ans	2,29	1,75	Ictus apoplectique.
17..	Eud.	Idiotie.	70 —	2,35	1,45	Pneumonie.
18..	Mur. A.	Démence précoce catatonique.	31 —	2,04	1,27	Tuberculose généralisée.
19..	Cez. Iul.	Démence précoce.	31 —	2,28	1,39	Broncho-pneumonie.
20..	Ballo.	Démence sénile.	60 —	2,01	1,21	—
21..	Enfant.	—	9 —	2,19	2,03	Néphrite.
22..	Nouveau né.	—	—	2,26	1,38	—

D'après A. Weill, chez l'homme, le chlore de la substance grise est de 1,53 ‰ et le chlore de la substance blanche est 1,51 ‰.

L. Blum et P. Graber trouvent dans le cerveau sans chloropexie : substance grise, 1,78 ; substance blanche, 1,54 ‰. Dans le tissu cérébral avec chloropexie : substance grise, 2,28-2,71 ; substance blanche, 1,80-1,82 pour 1.000 gr.

Nos résultats se rapprochent des chiffres connus de Blum et Graber, où le taux de la substance grise est plus grand que celui de la substance blanche.

Le chlore dans la substance grise a varié entre 1,09 et 2,82, avec une moyenne de 2,08 pour 1.000 gr. Le chlore de la substance blanche a oscillé entre 1,21 et 2,03, avec une moyenne de 1,56 ‰.

En comparant le taux indiqué de Blum et Graber de 1,78 pour la substance grise sans chloropexie, nous voyons que nous avons trouvé une augmentation dans 12 cas, une diminution dans 6 cas, le même taux dans 2 cas. Les plus grands chiffres furent trouvés dans le cas de paralysie générale avec cachexie, escarres de décubitus, etc., puis certains états aigus (confusion mentale, démence précoce, etc.). Dans la démence sénile avec décès rapide (en 2 jours) après une pneumonie, nous avons plutôt une dimi-

nution ; dans un autre cas de démence sénile avec ostéoporose, cachexie, le chlore est augmenté (2,26). La substance blanche nous a donné plutôt des chiffres inférieurs à 1,54 pour 1.000 gr. ; une augmentation seulement dans la paralysie générale.

Il faut aussi souligner que dans certains cas de confusion mentale aiguë, le chlore cérébral était augmenté (dans les cas n° 5 et n° 8 : encéphalite psychosique et confusion mentale pellagreuse), tandis que dans les cas n° 9, n° 11, le chlore a varié dans les limites habituelles.

L'interprétation de nos résultats est difficile à cause de la maladie fébrile intercurrente, qui détermine des modifications dans le métabolisme du chlore.

Une rétention saline existe à la période d'état des maladies aiguës. Elle fut signalée déjà dans la pneumonie par Redentbacher (1850), puis dans de nombreuses autres maladies fébriles (Vogel, Mosse, Achard et Paisseau, Widal, Loeper, Blum, etc.).

Surtout nous avons pu noter, dans certains de nos cas, aussi des lésions rénales nettes.

Les malades avec confusion mentale aiguë et azotémie ont présenté des troubles fonctionnels du rein (oligurie, traces d'albumine, rétention chlorée et azotée).

Les récentes recherches de Van Caulert et P. Petrequin (1) ont montré que toute anurie consécutive à un obstacle de l'excrétion rénale ou à une néphrite aiguë sans œdèmes est suivie constamment d'une modification de la composition minérale du sang et des tissus :

a) Dans une première période avant l'apparition des vomissements et de la diarrhée (si la mort n'a pas lieu auparavant) par une hyperazotémie, une hypochlorémie et une chloropexie tissulaire ;

b) Dans une seconde, avec vomissements et diarrhée, par hyperazotémie avec hypochlorémie et chloropénie.

Ces recherches peuvent très bien expliquer certains résultats que nous avons étudiés de près.

La chloropexie du n° 12, avec 2,82 de chlore pour 1.000 gr., fut trouvée chez une tabo-paralytique avec rétention d'urine. Dans la même catégorie, on peut placer les cas n°s 10, 13 et 14, ainsi que le cas n° 21 (enfant avec néphrite). Les malades n'ont pas présenté de vomissements et de diarrhée, mais une augmentation de l'urée sanguine, ce qui correspond à la première période décrite par Van Caulert et P. Petrequin.

(1) *Compte-Rendus de la Société de Biologie*, 1930, p. 567.

Dans la deuxième période, il faut placer le cas n° 1 avec 1,09 ‰ de chlore, qui était une tabo-paralysie avec rétention d'urine complète, avec vomissements et diarrhée, ce qui explique la chloropénie tissulaire. Le chlore des muscles fut de 1,02 ‰, celui du cœur de 1,32 ‰.

Nos résultats montrent que dans la majorité des cas de maladies mentales, nous avons trouvé une augmentation du chlore cérébral. Cette augmentation ne peut pas être mise seulement sur le compte de l'affection mentale parce que le malade succombe à la suite d'une maladie chronique ou d'une maladie fébrile accompagnée de troubles rénaux qui déterminent, sans doute, des modifications du chlore des tissus.

Les données qu'on obtient ont une valeur pour les psychoses aiguës, où l'état fébrile et les troubles de la fonction rénale font partie du tableau clinique.

Pour préciser la question ci-dessus exposée, les recherches doivent être poursuivies, en étudiant minutieusement le métabolisme du chlore de l'organisme (plasma, globules rouges, liquide céphalo-rachidien et urine), en tenant aussi compte des différents facteurs qui le déterminent.

Le dosage du chlore doit être pratiqué dans les diverses parties du cerveau, ainsi que dans les autres tissus (foie, rein, rate, muscles, etc.).

En ce qui concerne le facteur âge, d'après nos résultats, le chlore cérébral tend plutôt à diminuer chez les sujets âgés.

La séance est levée à 18 heures 15.

Les Secrétaires des Séances,
Paul Courbon et Paul Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 1er Décembre 1932

Présidence : M. LEVY-VALENSI, président

Syndrome infundibulo-mésodiencéphalique. Influence de la ponction lombaire sur l'hypersomnie et la polyurie, par MM. LHERMITTE, BOLLAK et DELABOS.

Le malade présenté est atteint d'une lésion mésodiencéphalique évidente, probablement due à une tumeur kystique de la paroi ventrale du 3e ventricule.

Le principal intérêt de ce cas réside dans l'influence curieuse qu'a exercée la ponction lombaire sur le sommeil et la diurèse : action frénatrice de la rachicentèse sur l'hypersomnie d'une part, et exaltation de la polyurie, d'autre part.

Cette influence dissociée de la rachicentèse est intéressante à noter, car elle fait saisir directement combien peut être variable la réaction des centres végétatifs cérébraux devant un agent mécanique tel que la rachicentèse et combien la physiologie de ces centres s'écarte de celle des systèmes de relation.

Un cas de chorée post-apoplectique, par MM. LHERMITTE, J. DE MASSARY et ALBESSARD.

Chez le malade présenté, l'hémichorée existe pure de tout élément étranger et cependant le mouvement pathologique se montre extrêmement manifeste et dure depuis plusieurs années.

Les auteurs pensent à l'existence d'une lésion limitée de la région sous-striée où siège le corps de Luys.

On le sait, une lésion limitée au ganglion sous-thalamique de Luys suffit à produire des mouvements très importants dans le côté opposé du corps, mais le plus souvent ces mouvements revêtent un caractère spécial qui fait que l'on appelait cette variété de chorée « l'hémiballisme ». On sait également que, dans ces faits, la terminaison fatale est survenue à une échéance assez brève. Mais si dans le cas actuel il s'agit non d'hémiballisme mais d'hémichorée, et si, d'autre part, après plusieurs années, la santé générale du malade n'est pas troublée, on peut penser simplement que la lésion luysienne est moins grossière que dans les observations précédentes.

Lésion probable du corps de Luys. Hémichorée droite post-apoplectique, par MM. J. Lhermitte, J. de Massary et R. Albessard.

Au sujet d'un cas d'hémichorée droite post-apoplectique, absolument pur, ne s'étant jamais accompagné de symptômes pyramidaux, sensitifs, psychiques ou cérébelleux et datant déjà de 6 ans, les auteurs discutent la nature et la localisation de la lésion. Ils concluent à l'existence probable d'un petit foyer de ramollissement siégeant dans la région sous-thalamique gauche, frappant le corps de Luys ou les fibres de l'anse lenticulaire.

Un cas de parkinsonisme accompagné de crises oculogyres et d'hallucinations colorées, par M. G. Marinesco et Mme M. Nicolesco.

Observation d'un malade, parkinsonien par encéphalite léthargique, qui voit survenir, depuis deux ans, des hallucinations visuelles colorées pendant les accès de déviation conjuguée des yeux.

Les auteurs discutent s'il y a simple association, ou si les deux troubles relèvent d'une même atteinte pédoneulaire.

Sur un cas de myotonie atrophique, avec bradycardie, polyurie et obésité, par MM. P. Harvier et Jacques Decourt.

Les auteurs présentent un malade de 35 ans, atteint de dystrophie myotonique. La topographie des atrophies musculaires, les phénomènes myotoniques particulièrement intenses, la coexistence de calvitie et de cataracte réalisent de façon assez complète le tableau actuellement classique de la maladie. A ces symptômes s'associent une bradycardie du type sinusal, un diabète insipide et un certain degré d'obésité que les auteurs rattachent à des altérations des centres cérébraux de la vie végétative, tirant argument de ces faits en faveur de la conception de Curschmann. L'observation comporte en outre des examens humoraux, une étude électrocardiographique et l'exploration du tonus vago-sympathique par l'épreuve de Danielopolu.

Paraplégie d'allure fonctionnelle au cours d'une anémie expérimentale chez le chien, par MM. L. Binet, F. Mollaret et M. V. Struman.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un chien rendu très rapidement anémique par une technique spéciale ne comportant aucun agent toxique (ponction quotidienne du ventricule gauche et soustraction d'une masse de sang égale à 1,5 0/0 du poids du corps). L'animal a présenté à trois reprises des phénomènes paraplégiques, s'améliorant dès la cessa-

tion des saignées et réapparaissant dès la reprise de celles-ci. L'examen anatomique a montré l'absence de toute lésion nerveuse et permet d'homologuer ces accidents aux paralysies fonctionnelles observées chez l'homme après de grandes déperditions sanguines.

Myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques associées à des myoclonies synchrones squelettiques, par MM. Georges GUILLAIN et R. THUREL.

Les auteurs rapportent une observation d'un malade, pseudo-bulbaire, dont le territoire unilatéral des myoclonies intéressait les muscles des globes oculaires, les orbiculaires des paupières, le releveur de la lèvre inférieure et de l'aile du nez, le voile du palais, le diaphragme, les muscles du cou, des membres supérieur et inférieur gauches. Toutes les myoclonies ont le même rythme et sont synchrones. Les myoclonies des muscles squelettiques, absentes au repos, n'apparaissent qu'à l'occasion d'une action quelconque, psychique ou motrice, déterminant des contractions syncinétiques au niveau du membre. La mise en tension de façon passive des muscles, qui sont le siège des myoclonies, amplifie leur intensité.

Galactorrhée et Tabès, par M. André THOMAS.

L'auteur rapporte le cas d'une femme présentant avec des symptômes de tabès une galactorrhée spontanée assez abondante remontant maintenant à 18 mois. L'écoulement augmente considérablement si le mamelon est comprimé à plusieurs reprises.

Il semble exister quelques liens étiologiques entre la sécrétion lactée et les perturbations qui résultent des lésions organiques du système nerveux.

Kyste hémorragique sous-cortical avec hémorragie ventriculaire. Néoplasme intracranien probable, par MM. André THOMAS, SCHÆFFER, DE MARTEL et GUILLAUME.

Une jeune femme de 37 ans présentant depuis peu des céphalées, fait un ictus avec hémiparésie et hémianesthésie gauche superficielle et profonde, et hémianepsie gauche. Elle reste ensuite dans un état d'obnubilation avec stupeur, et un syndrome d'hypertension intracranienne très accentué. L'intervention opératoire montra l'existence d'un kyste hémorragique sous-cortical de la région pariétale droite avec hémorragie ventriculaire.

Les auteurs insistent dans le cas présent sur la difficulté du diagnostic clinique, discutant la cause première purement vasculaire ou tumorale de l'hémorragie, et mettent en lumière les résultats remarquables de l'intervention opératoire.

Jean TUSQUES.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 Novembre 1932

Présidence : M. OLIVIERS, Président

Un épileptique, par M. De Greef.

Relation du cas d'un jeune criminel condamné à mort pour meurtre de ses parents adoptifs. Le crime avait eu apparemment le vol pour mobile. Le sujet avait été déclaré entièrement responsable.

Un examen médico-psychologique fait en prison révéla un état de débilité mentale manifeste, avec troubles graves de l'affectivité.

En outre, une observation permanente permit de mettre en évidence des manifestations épileptiformes.

Le sujet avait fait dans l'enfance une maladie fébrile avec symptômes méningés.

L'auteur discute le problème de la responsabilité dans les cas de ce genre.

A propos d'un état paranoïde, par M. Evrard.

L'auteur relate l'observation d'une malade de 37 ans, fille d'alcoolique, qui après un épisode anxieux fit un délire d'imagination à base interprétative avec grosse altération de la personnalité et indifférence affective. Etude de l'évolution du cas et discussion du diagnostic. L'auteur conclut à une « psychose paranoïde schizophrénique » dans le sens de Claude.

Syndrome de Korsakoff d'origine paludéenne,
par MM. Verstraeten et De Vos.

Présentation d'une malade atteinte de troubles polynévritiques avec atrophies musculaires et incoordination de la marche. L'alcoolisme peut être exclu.

Les symptômes mentaux ont débuté brusquement à la suite d'une grande émotion d'ordre affectif, et sont caractérisés principalement par une amnésie lacunaire pour tous les faits postérieurs à ce trauma affectif. Actuellement encore, la malade n'est plus capable de fixer aucun souvenir. La désorientation est complète ; elle est même incapable de retrouver son lit dans la salle. Fabulation nulle ou très faible.

Les souvenirs antérieurs au choc affectif sont conservés. La malade se rend compte des troubles qu'elle présente.

L'hérédité est fortement tarée, et il existe en outre un paludisme chronique avec nombreuses plasmodies dans le sang. C'est à la toxémie déterminée par cet état que les auteurs attribuent les troubles polynévritiques et psychiques.

Un syndrome parkinsonien post-encéphalitique, par M. GUILMOT.

Il s'agit d'un jeune homme atteint actuellement d'un syndrome parkinsonien typique avec tremblement et rire spasmodique.

Avant le début des symptômes, le sujet a commis un meurtre dans des circonstanees particulièrement atroces. Malgré une hérédité fortement tarée et une méningite dans les antécédents personnels, le malade fut déclaré responsable et condamné à mort.

L'anamnèse a révélé une encéphalite léthargique caractéristique survenue à l'âge de 16 ans.

Les séquelles n'ont apparu qu'après le crime mais il n'est pas douteux que la cause existait déjà, et que, jointe à la constitution dégénérative du sujet, elle devait faire conclure à l'irresponsabilité.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 26 Novembre 1932.

Présidence : M. MARCHAL, Président.

Maladie de Wilson, par M. VAN GEHUCHTEN.

L'auteur présente une fillette de 12 ans, dont l'affection a débuté à 9 ans par des troubles de l'attention et de la mémoire, de légers troubles de la marche, de la parole et de la déglutition. Evolution lente vers un état figé qui en imposa pour un syndrome post-encéphalitique. L'état mental devint ensuite de plus en plus déficient.

Actuellement, la malade présente un état de rigidité musculaire généralisée avec akinésie pour les mouvements volontaires, et mouvements involontaires athétosiformes, rire et pleurer spasmodique, flexions spasmodiques du tronc en avant et dysphagie intense.

Les épreuves fonctionnelles du foie montrent une très légère déficience de cet organe et il n'existe pas de lésions oculaires.

L'auteur conclut à une dégénérescence hépato-lentieulaire et projette un film concernant deux autres cas de maladie de Wilson.

Cysticercose cérébrale. Opération. Guérison, par MM. DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU.

Les auteurs présentent une jeune femme de 23 ans, récemment opérée pour une tumeur cérébrale de la région rolandique gauche, que l'examen révéla être un cysticercome.

Une première crise convulsive s'est produite il y a deux ans. Pendant un an et demi la malade ne ressentit plus rien, puis des crises à caractère jacksonien se succédèrent rapidement. Examens oculaires et du liquide céphalo-rachidien négatifs. La ventrieulographie montre une déviation nette à gauche. Suites opératoires normales.

Les auteurs donnent une description très détaillée des particularités histologiques du nodule parasitaire dont les caractères sont quelque peu atypiques.

Contribution à la séméiologie des troubles pseudo-cérébelleux et vasomoteurs d'origine paracentrale, par MM. LUDO VAN BOGAERT et RODOLPHE LEY.

Observation anatomo-clinique du cas d'un jeune homme de 19 ans, tuberculeux avéré, ayant présenté des crises d'épilepsie jacksonienne limitées à la moitié gauche du corps, et précédées de paresthésies.

L'examen neurologique révèle une légère hémiparésie gauche, avec dysmétrie et ataxie de la marche.

A ce moment, les épreuves thermiques montrent que le bain froid, sans modifier considérablement les valeurs maxima et minima de la tension artérielle, réduit au tiers l'indice oscillométrique du côté malade seulement.

Dans la suite, l'hémiparésie gauche s'accentue ; on observe de ce côté un réflexe pendulaire typique ; en outre, hypermétrie avec tremblement préterminal et enfin nystagmus.

A l'autopsie, on constate la présence d'une grosse plaque de méningo-encéphalite de la région pariétale supérieure, intéressant la partie la plus élevée des circonvolutions rolandiques et débordant sur le lobule paracentral. Il s'agit d'un début de tuberculome. Il n'existe aucune lésion en foyer du tronc cérébral du cervelet ou du bulbe justifiant le syndrome cérébelleux observé.

Les auteurs rappellent les cas analogues de Foix (1923) et d'Alajouanine (1925) et versent le document au débat sans proposer d'explication des phénomènes observés.

Tabès et agoraphobie, par M. DE BUSSCHER.

L'auteur relate le cas d'un homme de 54 ans qui est venu consulter pour troubles névropathiques caractérisés par des angoisses et des phobies. L'examen médical révéla un tabès au début, dont le traitement fut suivi rapidement d'une amélioration des symptômes.

Ce cas démontre le danger qu'il y aurait à confier le traitement des troubles nerveux qui se présentent comme purement psychiques à des thérapeutes extra-médicaux, ainsi que Freud lui-même l'a récemment préconisé.

J. LEY.

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance du 29 Novembre 1932

Présidence de M. E. MIRA, président

Cas de polynévrite par béribéri, par MM. B. Rodríguez-Arias et J. Juncosa.

Présentation d'un homme, âgé de 36 ans et sans aucun antécédent important, venant du Brésil (région de l'Amazone) où il travaillait depuis longtemps.

Dans son pays, le patient mangeait fréquemment du riz. Un jour, il y a 18 mois, il accuse, — après être resté dans un endroit humide, — des paresthésies aux jambes, et présente une paralysie flasque presque absolue, avec anesthésie, 48 heures après. Pas de signes généraux d'infection, pas d'autres symptômes. A cette époque, régnait une épidémie de troubles analogues. Evolution vers l'atrophie musculaire, accompagnée de douleurs. On donne des vitamines et des toniques. Régression lente de la maladie. Le sujet, revenu en Espagne pour se traiter, montre encore un petit syndrome parétique, avec hypotonie et atrophie assez discrètes.

L'intérêt du cas réside, d'après les auteurs, dans la rareté en Europe des observations du béribéri, importés ou non ; dans le rôle évident des vitamines, et le cours très rapide du syndrome sensitivo-moteur, qui fait penser à une étiologie complexe : avitaminose et peut-être infection surajoutée.

Lipomes symétriques multiples des extrémités et signes polynévritiques simulant une maladie de Recklinghausen, par MM. B. Rodríguez-Arias et J. Juncosa.

Présentation d'un malade de 68 ans, qui avait eu souvent des angines.

Une petite tumeur limitée, mobile, molle, sous-cutanée se développe à l'avant-bras à l'âge de 30 ans. Progressivement d'autres tumeurs font leur apparition, distribuées symétriquement aux bords cubitaux des bras, à l'abdomen et au tiers supérieur des cuisses.

En outre, le malade se plaint de paresthésies des jambes (engourdissement, constriction, brûlure, etc.), de douleurs névralgiques, d'une perte de force et de fatigabilité à la marche. Abolition des réflexes achilléens. Hypocondrie. Artériosclérose discrète. Tumeur lipomateuse à la biopsie.

Le nombre de cas de lipomes symétriques multiples étant très réduit, il a semblé intéressant aux auteurs de présenter une nouvelle observation. L'association d'une polynévrite rebelle faisait penser à une maladie de

Recklinghausen, en dehors de la constatation anatomique et de l'absence de pigmentation de la peau. Par contre le diagnostic avec une adipose douloureuse paraît plus difficile à établir.

Sur les médulloblastomes du vermis, par M. E. Tolosa.

Etude de deux observations personnelles. D'après l'auteur, un syndrome du vermis, accompagné d'hypertension intra-cranienne, indique presque toujours, chez les enfants, l'existence d'un médulloblastome ou bien d'un astrocytome. Mais les rémissions qui durent des années sont caractéristiques seulement de l'astrocytome, lequel, en outre, n'offre aucune prédilection pour le sexe masculin et se développe à un âge un peu plus avancé (vers 13 ans). Les signes appartenant au médulloblastome sont précisément opposés. Le diagnostic pré-opératoire est donc assez délicat. L'auteur ne put se former une opinion sur la nature de la tumeur. La disparition presque totale de la phase rapide du nystagmus provoqué, constatée dans un cas, est très importante pour la symptomatologie de ces tumeurs, détail qui ne figure pas encore dans la bibliographie.

B. Rodríguez-Arias.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

88e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association

Philadelphie, 31 Mai-3 Juin 1932

Présidence : M. W. L. RUSSEL, président

DISCOURS ANNUEL

Le *discours annuel* fut prononcé par M. Henry DONALDSON (du Wistar Institute, Philadelphie).

Selon lui, l'intelligence et les fonctions cérébrales les plus élevées dépendent non de la masse et du poids du cerveau, mais de la richesse de la circulation cérébrale. A son avis, les intellectuels jouissent d'un réseau artériel cérébral mieux développé que les débiles. Récemment, ayant étudié les cerveaux de Sir William Osler et de Stanley Hall (psychologue distingué, ancien président de l'Université Clark), il les compara à nombre de cerveaux prélevés sur des personnes ayant manifesté des développements intellectuels très divers. Le volume du cerveau témoigne d'une bonne croissance, mais une vascularisation riche montre que le cerveau est singulièrement mieux nourri chez ceux dont l'existence a démontré les capacités exceptionnelles. Il attache une grande importance aussi à la composition du sang. Les études de Seymour Ludlum, de l'Université de Pensylvanie, et de Wilder Bancroft, de Cornell Univ, qui fait autorité en matière de chimie colloïdale, lui paraissent constituer des contributions essentielles à la physiologie du cerveau. Ils ont montré que de la condition physique, de l'état chimique du sang dépend l'état du neurone, et qu'à une variation dans cet état correspond une variation consécutive dans les processus psychiques. M. *Donaldson,* comparant les cerveaux des diverses races, ne croit pas que l'on puisse trouver dans leurs proportions des différences significatives. Il évalue à environ dix milliards de cellules ganglionnaires le contenu du cerveau humain et croit que ce nombre est vraisemblablement constant.

Les tendances des recherches actuelles de la psychiatrie américaine, par MM. J. C. WHITEHORN (de Waverley, Mass.) et Gregory ZILBOORG (de New York).

Les auteurs constatent que la psychologie normale attire de plus en plus l'attention du psychiatre ; ils estiment qu'on devrait entreprendre plus de recherches sur les sujets normaux. Il est déplorable de voir jusqu'à quel point la terminologie est confuse et combien les conflits sont aigus à propos de psychanalyse. Ils proposent la création d'un organisme central de recherches, où l'on tiendrait un répertoire des problèmes en cours d'étude, et des investigations nouvelles qui pourraient être proposées. On éviterait ainsi de perdre beaucoup de travail, à répéter et refaire ce qui est déjà acquis ; il en résulterait une économie de temps et d'argent. Toute personne désirant se livrer à une recherche, pourrait s'adresser au bureau central et s'informer de ce qui a pu être fait dans le sens qui l'intéresse, et par qui.

Le professeur Adolphe MEYER s'est élevé vivement et d'une manière décisive contre cette proposition. « Qui décidera si tel ou tel problème vaut qu'on s'y applique, si tel autre est dépourvu d'intérêt ? Dans le passé, il fut très souvent impossible de prévoir la qualité des faits que l'on a pu découvrir ou l'importance des idées issues des travaux consacrés à une question qui eût pu paraître au premier abord insignifiante. Il faudrait en tout cas faire exception pour n'importe quel ordre de recherches psychiatriques. Il nous faut user vis-à-vis de nos confrères et de leur travail, de beaucoup de compréhension et de tolérance. » Myerson, Cregg partagent cette opinion. M. Zilboorg se défend d'avoir jamais considéré ce bureau central comme l'équivalent d'un Comité de surveillance. On s'accorde ensuite à trouver désirable la constitution d'un fonds destiné par l'Association Psychiatrique Américaine à aider les travailleurs qui en sont dignes, soit dans leurs recherches, soit pour leurs publications.

Corrélation entre la psychanalyse et l'œuvre expérimentale de Pavlov, par M. Thomas FRENCH (de Chicago).

L'auteur s'efforce de montrer les analogies entre l'œuvre de Pavlov et celle de Freud. Voici quelques exemples tirés de son argumentation : Le processus d'association est considéré comme équivalent à un réflexe conditionné ; le processus de « répression est dû à la fonction d'inhibition externe ou interne ; les rêves seraient une manifestation des états de sommeil partiel décrits par Pavlov », etc...

Au cours de la *discussion*, M. Macfie CAMPBELL (de Boston), marque combien la manière de voir de Pavlov et celle de Freud sont complexes et parfois difficiles à comprendre. Le réflexe conditionné simple se retrouve aussi bien dans l'hystérie. Si l'étude des fonctions plus complexes, telles que le sommeil, l'hypnose, les états neurasthéniques et schizophréniques, permet de voir une certaine analogie entre les principes de la réflexologie et les mécanismes psycho-névrotiques, il serait dangereux d'accentuer par trop la valeur de cette analogie.

M. MEYERSON (de Boston), croit que Watson, Pavlov et Freud, pour des raisons différentes, seraient fort surpris de tels rapprochements. Le réflexe conditionné ne représente en somme qu'une modalité très simple du comportement. Des exemples, pris dans la vie quotidienne, montrent que les émo-

tions peuvent influencer les fonctions viscérales. Selon Pavlov, un réflexe simple peut être modifié par toutes sortes de conditions ambiantes. Il ne peut pas en sortir un comportement complexe et bien ordonné. D'autre part, les élèves de Freud montrent comment l'action réflexe finit par être conditionnée au point de déterminer une manière d'être très élaborée sous l'influence d'une force directrice qu'on appelle ou non libido, et qu'il est possible de retracer jusqu'au cours de la vie fœtale. En d'autres termes, l'œuvre fondamentale de Pavlov et l'essence même des recherches freudiennes sont diamétralement opposées. Il n'y a pas de raison d'y chercher un parallélisme. Les deux méthodes enrichissent nos techniques et nous permettent d'envisager nos problèmes sous des angles différents. L'expérience scientifique ne permet pas d'en attendre des résultats concordants.

Les psychoses schizo-affectives aiguës, par M. J. KASANIN (d'Howard, R. I.).

L'auteur essaie d'isoler un syndrome psychopathique caractérisé par un début soudain où, à travers un gros désarroi émotionnel, se font jour des idées délirantes et des hallucinations, l'évolution vers la guérison se faisant en quelques semaines ou quelques mois. Le tableau clinique comporte à la fois des aspects maniaques et schizophréniques.

S'appuyant sur les travaux de Claude à propos du syndrome schizo-affectif, il estime que ce type est suffisamment caractérisé pour qu'on puisse le distraire du groupe trop vaste des schizophrénies.

De la manière de traiter en pratique les problèmes d'hygiène mentale à l'Université de Californie, par M. Kinnear SMITH (présenté par M. *Glenn Myers*).

M. Smith, directeur du service psychiatrique de l'Université d'Oakland, rapporte les résultats d'investigations poursuivies par lui, sur 1.000 étudiants. Il remarqua que les étudiants de première et de deuxième années sollicitent plus fréquemment les conseils que ceux de 3e et de 4e années. Dans la grande majorité des cas, dominent les problèmes sexuels qui fournissent d'ailleurs la plus grande proportion de succès thérapeutiques.

Il est commun de rencontrer aussi des états de mauvaise adaptation au milieu social ; dans ces cas, l'auteur, après avoir étudié la personnalité de l'étudiant, s'est efforcé de lui trouver un groupe social plus favorable.

La suggestion par la pratique de la psychothérapie,
par M. O. RAEDER (de Boston).

L'hypnose peut servir à établir avec l'esprit du malade des relations rapides chez ceux que l'on ne peut aisément atteindre à des niveaux psychiques supérieurs, nécessaires aux méthodes de persuasion par des moyens logiques, lesquelles restent pour l'auteur les méthodes de choix. Elle peut offrir des avantages dans le traitement de quelques psychoses précoces du type démence précoce. Dans les cas d'hystérie monosymptomatiques (cécité, etc.), il faut poursuivre le traitement en s'efforçant d'éliminer le conflit ou le mécanisme causal. L'auteur utilise volontiers, pour des buts diagnostiques, l'hypnose légère appelée « hypnose cathartique ». D'une manière générale, et pour des fins thérapeutiques, il est plus avantageux d'utiliser les formes légères de l'hypnose, l'état hypnoïde (de Sidis) et la suggestion exercée à l'état de veille sitôt après l'hypnose.

Psychothérapie intensive dans un hôpital clinique, par M. Lauren SMITH (de Philadelphie).

L'auteur décrit le fonctionnement de la nouvelle « consultation clinique » de l'Hôpital de Pensylvanie, l'un des plus anciens et des meilleurs hôpitaux psychiatriques d'Amérique. Les malades y viennent sur rendez-vous, s'adressent au même médecin, et honorent leurs consultations, ainsi que cela se fait en clientèle privée. On utilise également les méthodes de psychothérapie usuelles et la psychanalyse. A cette consultation est annexé un service hospitalier où les malades, s'ils le désirent, peuvent séjourner pendant la durée du traitement. C'est un service ouvert d'où, en cas d'agitation, le malade est transféré à l'Asile, où le contrôle nécessaire peut être assuré. Cet ensemble tout neuf — consultation clinique et hôpital — occupe un très bel édifice moderne, récemment érigé sur les vastes propriétés de l'ancien hôpital de Pensylvanie, mieux connu sous le nom de Kirkbride's, son fondateur.

Psychothérapie en pratique privée, par M. THOM (de Boston).

Après avoir exposé l'historique des méthodes de psychothérapie de Mesmer et Freud, l'auteur insiste sur la nécessité pour le psychiatre, une fois connus la personnalité et les problèmes de son malade, de décider quelle est la méthode thérapeutique qui convient le mieux à la situation intellectuelle, aptitudes pratiques et économiques du malade. Le psychiatre doit croire lui-même à la valeur de sa méthode, et son traitement doit tendre à aider le patient à se former une philosophie de la vie qui lui permette d'envisager ses problèmes sous leurs perspectives propres.

Une *discussion* s'est ouverte sur les communications de *L. Smith, Riggs* et *Richardson, Dr Thom, S. K. Smith* et *O. J. Raeder.*

Le professeur CAMPBELL (de Boston) eût préféré voir présenter ces travaux devant l'*American Medical Association.* Quelle que soit la méthode employée, il faut tenir compte des variations possibles dans les dispositions constitutionnelles du malade, ainsi que de sa condition dans le milieu actuel. Il croit aussi à la grande valeur thérapeutique de la méthode qui permet au patient d'exprimer ce qu'il souffre d'une manière simple, directe à un psychiatre qui fait l'effort de sympathie et de compréhension nécessaire.

M. SCHILDER (de New-York). — Pour lui, l'hypnose a le mérite de déclancher un transfert rapide ; mais il ne la croit convenablement employée que si une psychanalyse s'ensuit.

M. CORIAT (de Boston). — L'hypnose ne permet de traiter les névroses qu'en surface ; elle n'atteint pas les couches profondes de la personnalité. De plus, l'hypnose crée le transfert, tandis que la psychanalyse le découvre et dissout.

M. Arthur RUGGLES (de Providence) prend la défense de la méthode de Riggs, employée à Stockbridge par des médecins qualifiés depuis plus de 20 ans, et avec succès. Les psychanalystes prétendent qu'elle consiste seulement en une méthode de suggestion, comme si la suggestion ne faisait pas partie intégrante de leur technique. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse ou non de suggestion, la méthode de Riggs obtient des résultats perma-

nents, d'une manière si fréquente qu'on ne peut lui dénier sa valeur. Elle offre aussi l'avantage d'être précédée d'examens physiques minutieux, garantis par des études médicales sérieuses.

M. O. Raeder (de Boston). — A mon avis, il importe peu que le transfert soit « découvert » par la psychanalyse ou « créé » par d'autres méthodes psychothérapiques, si nous déterminons un transfert positif et si, au bout du compte, nous en disposons à notre gré. Les deux premiers cas que j'ai rapportés montrent aussi que par cette méthode, j'ai pu pénétrer jusqu'aux couches profondes. Avec le Dr Schilder, je reconnais que l'hypnose est un excellent moyen de provoquer un transfert rapide ; j'ai cru indiquer cela lorsque j'ai dit ma préférence pour l'action thérapeutique orientée vers des niveaux psychiques plus élevés toutes les fois que cela est possible, mais je n'ai recouru à l'hypnose que forcé par la nécessité et lorsqu'on ne pouvait faire mieux que d'atteindre un niveau inférieur. Je n'accepte pas la règle posée par le Dr Schilder, à savoir que l'hypnose ne peut donner de succès que si elle est conjuguée à la psychanalyse. Ma première observation le démontre. Le professeur Campbell a donné une note juste et essentielle lorsqu'il a signalé que toute méthode de psychothérapie gagne beaucoup s'il est permis au malade d'exposer simplement ses problèmes à un psychiatre animé de sympathie et de compréhension.

Les éléments dynamiques de la détermination du type de réaction psychiatrique, par M. Malamud (d'Iowa City).

Les types d'affections mentales se différencient bien plus selon leur rapport avec certains niveaux de structure psychique que selon les complexes rigides qu'ils présentent. L'aspect clinique d'une entité morbide n'exprime pas un facteur unique, mais se fonde au contraire sur une constellation composée d'un grand nombre de facteurs. Lorsqu'un ou plusieurs facteurs d'un tableau clinique se trouvent substitués à ceux d'un autre tableau clinique, d'une autre entité morbide, on est en face d'un type mixte qui peut prendre l'aspect, tantôt de l'un, tantôt de l'autre et rend ainsi le diagnostic confus. De plus, dans le traitement des cas de cette sorte, il est nécessaire de prendre certaines précautions pour empêcher qu'une affection bénigne ne se transforme en une maladie grave. Le Dr von Domarus demande si l'auteur veut bien parler de certains symptômes, appartenant à un certain type de maladie et qui peuvent survenir au travers de l'aspect clinique par ailleurs typique d'une autre affection. Ad Malamud explique qu'il a voulu parler du changement complexe qui s'opère chez un malade lorsque le tableau clinique se substitue à un autre. A ce propos, le Dr Schilder est d'avis que les facteurs toxiques jouent le principal rôle dans la production de la schizophrénie. Le Dr Malamud fait remarquer que jusqu'à maintenant, l'anatomie pathologique n'a permis de relever aucune lésion spécifique de cette affection.

Emotions et conscience au cours des encéphalopathies, par M. L. B. Alford (de St-Louis).

Après avoir étudié des cas très divers, tels que tumeurs cérébrales, hémiplégies, lésions thalamiques chez les enfants présentant des séquelles d'encéphalite, l'auteur conclut que le siège de la conscience et le mécanisme des

émotions sont très probablement localisés dans les noyaux de la base, du côté gauehe (chez les droitiers).

Il rappelle les travaux de Dandy, qui détermine l'ïneonscienee seulement lorsqu'il pratique la ligature de l'artère cérébrale antérieure du eôté gauche, alors que la conscience demeurait après ablation de la plus grande partie du eortex des deux côtés et n'était pas non plus perturbée après la ligature de l'artère cérébrale antérieure droite. Rappelant les recherches de Head sur le langage, il en déduit que la eonscienee n'est pas localisée dans la région motrice correspondante. Il a eonstaté bien plus de symptômes psyehiques dans les hémiplégies droites que dans les gauehes.

Lésions cérébrales lors de la naissance,
par MM. PATTEN et ALPERS (de Philadelphie).

Les auteurs étudient les lésions cérébrales liées à la naissanee et traitent aussi de la question des hémorragies sous-araehnoïdiennes et sous-épendymaires, survenant dans les cas où ne peuvent être incriminées les déehirures de la tente du cervelet. Sur des coupes, ils montrent les hémorragies qui se sont produites dans la substance péri-ventrieulaire en rapport avec des îlots de glioblastes. Ces cellules-mères (Matrix cells) sont généralement disparues lors de la naissance, mais parfois persistent eneore un certain temps au delà. Elles jouent un grand rôle dans le développement du cerveau. Il ne semble pas possible d'attribuer les hémorragies, soit à la syphilis, soit à des compressions intra-craniennes prolongées au cours de la naissance, soit à d'autres causes. Il est probable que ces facteurs entravent en quelque manière le développement de la myéline.

De l'importance d'étudier les artérioles corticales dans l'analyse des problèmes psychiatriques, par M. WINKLEMAN (de Philadelphie).

L'auteur émet l'hypothèse que dans la schizophrénie peuvent exister des altérations vaseulaires siégeant sur de petites artérioles du cortex. Il rappelle les travaux de Josephi, Spielmeyer, Dunlap, et les aspects histologiques trouvés par Alzheimer et Nissl dans la neurosyphilis. En ces derniers cas, les tableaux cliniques étaient analogues à celui de la démence préeoce. Il souligne la variété des découvertes histologiques : Dunlap ne trouve pas d'altérations organiques, Spielmeyer en trouve, mais elles ne sont pas pathognomoniques, etc. L'auteur rapporte ses propres observations ; étudiant le cerveau d'une jeune fille qui avait succombé à une intoxication par les ptomaïnes, après avoir présenté des signes mentaux, il trouve un aspeet histologique semblable à eelui de l'endartérite de Nissl et Alzheimer ; dans un cas de méningite cérébro-spinale guérie qui sueconiba plus tard à une broncho-pneumonie, il découvre des altérations vasculaires ; en des eas d'hypertension avee troubles mentaux ehez des adultes jeunes, l'autopsie montre une dégénérescenee hyaline des vaisseaux semblable à celle déerite par Josephi. Il montre sur des projeetions la dégénéreseenee en foyer des cellules ganglionnaires. A son avis, les eellules dégénérées finissent par disparaître (ainsi que des soldats tués dans la bataille) et les cellules épargnées se resserrent (tels les rangs des soldats se reformant après le eombat). Et ainsi il devient impossible de déeouvrir les eellules perdues (puisqu'on n'a pu faire le eompte de la totalité des cellules avant et après).

L'encéphalographie dans 50 cas de démence précoce, par M. T. Moore (de Philadelphie).

L'auteur utilisant une technique usuelle, retire le liquide céphalo-rachidien et découvre parfois des adhérenees de l'arachnoïde. Dans tous les cas, il constate un certain degré d'atrophie. Les images radiographiques lui paraissent indiquer que l'atrophie prédomine plutôt à la région pariétale qu'à la région frontale.

De la non-spécificité des lésions histopathologiques de la paralysie générale, par M. Wertham (de New-York).

L'auteur présente des coupes à propos d'une nouvelle maladie du poulet, où il découvre des lésions identiques à eelles de la paralysie générale, c'est-à-dire : 1) présence dc fer dans les espaces péri-vasculaires ct dans les cellules de Hortéga ; 2) prolifération des cellules en baguettes (?) ; 3) infiltration par les cellules plasmatiques. D'où l'auteur eonclut que les lésions de la paralysie générale ne sont pas spécifiques. Il ne sait à quoi attribuer eettc maladie nouvelle.

Au cours de la discussion sur ces derniers travaux, Mcyer de Baltimore croit que Winkelmann n'a pas interprété eorrectement les travaux de Dunlap. Malamud (Iowa City) se demande s'il faut aecepter les rapports de causalité établis par Winkelmann à propos des lésions vasculaires. Ne pourraient-elles être secondaires ? Malamud demande aux docteurs Patton et Alpers s'ils ont vu quelques eas « d'états marbrés » à l'occasion de leur étude des lésions de la naissanee. Dans ees eas, on trouve une croissance anormale des nouvelles fibres à myéline qui viendraient en contradiction avec l'interprétation d'un retard dans la croissance de la myéline. Patton et Alpers n'ont jamais trouvé d' « état marbré ».

Le proehain Congrès se ticndra à *Boston* en 1933 (fin mai), sous la *présidence* de M. *J. May.*

Oscar J. Raeder.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

MÉDECINE LÉGALE

Précis de Médecine légale, par Etienne MARTIN, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. (1 vol. in-8, 830 pages, 95 figures, Gaston Doin et Cie, édit. Paris 1932).

Continuation du précis de Médecine légale du Professeur Lacassagne, ce livre du Professeur Etienne Martin contient la matière de l'enseignement médico-légal de la Faculté de médecine de Lyon. On y trouvera, magistralement exposées, toutes les notions utiles concernant l'organisation de la médecine légale en France, les questions médico-légales posées par l'état civil et l'identité, la mort et le cadavre, les attentats contre la personne, les questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction, à la responsabilité pénale, à la capaçité civile et des modèles des certificats souvent demandés aux médecins.

L'étude des lois sociales, en particulier des lois sur les accidents du travail, sur les maladies professionnelles, sur les assurances sociales y est faite clairement avec tous les développements justifiés par ces importantes et nouvelles questions. Un chapitre a été consacré à une rapide revue d'ensemble des principaux états psychopathiques générateurs de réactions antisociales, un autre chapitre aux conditions légales et aux restrictions de la capacité civile.

Illustré de figures et de photographies qui aident encore à mieux retenir un texte méthodique, clair, et très didactique, ce remarquable précis rendra les plus grands services aux étudiants, aux médecins, aux magistrats. La bibliographie qu'il contient permet au lecteur désireux d'approfondir une question de se reporter à quelques sources importantes. Mais c'est précisément à cause du succès et des qualités de ce précis que l'on peut regretter que M. Etienne Martin semble avoir abandonné, au moins momentanément, le projet d'un grand *Traité de Médecine légale* en plusieurs volumes où pourraient prendre place d'une façon plus détaillée tant d'acquisitions nouvelles de la science médico-légale dont l'importance sociale est de premier ordre.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Manuel de psychiatrie, par le Professeur Guilarovsky (de Moscou). Edition de l'Etat, 658 pages, Moscou, Léningrad, 1931.

Le récent « Manuel » de Guilarovsky est un véritable traité de médecine mentale, comportant plus de 650 pages grand format, avec nombreuses illustrations et contenant l'essentiel de notre science. L'auteur qui est le successeur de Bagenoff (ancien élève de Magnan), allie à une érudition très étendue une connaissance parfaite de la réalité clinique. Les descriptions sont claires, précises, complètes. On trouve partout le souci de relier la psychiatrie à la pathologie générale et à la neurologie et de mettre en lumière l'intérêt que présente l'étude des anomalies mentales au point de vue social, criminologique, voire littéraire. Le lecteur y est mis au courant des dernières acquisitions de la science comme aussi des hypothèses parfois contestables qu'il importe cependant de connaître si on ne veut pas passer pour un retardataire et ignorer la mode du jour...

Il nous a semblé que nous intéresserons davantage le public des *Annales* en nous arrêtant sur quelques points d'actualité plutôt qu'en donnant un compte rendu nécessairement très sommaire du livre tout entier.

Au point de vue de la classification, Guilarovsky est un kræpeliniste, mais pas de stricte obédience : il estime en effet qu'il n'existe pas en psychiatrie d'unités nettement différenciées, mais des syndromes morbides correspondant à des réactions psychiques à différentes causes exo- ou endogènes. Parmi les états schizophréniques, il distingue la schizophrénie « vraie », aboutissant toujours à la démence et les réactions « schizoformes » pouvant guérir et qu'il rapproche de la « schizomanie » de Claude. La description des différentes variétés de la démence précoce est remarquable. Le seul reproche qu'on puisse faire à l'auteur est d'avoir trop écourté le chapitre consacré à la paraphrénie dont il ne met pas suffisamment en relief, à notre avis, les différences qui la séparent de la démence paranoïde. La psychose maniaco-dépressive, dont il attribue l'honneur de la découverte à Falret et à Baillarger, est décrite jusque dans ses formes les plus nouvelles, telles que les états mixtes, la manie confuse, les formes dans lesquelles on trouve associés des symptômes de la série schizophrénique (sous l'influence probable de l'hérédité). La dégénérescence mentale est également bien étudiée. Morel et Magnan sont souvent cités et les formes psychopathiques créées par Schneider et Eugène Kahn sont repoussées en tant que formes autonomes.

Guilarovsky, qui s'est fait connaître par des travaux personnels dans le domaine des psychoses artérioscléreuses et préséniles signale l'augmentation de fréquence de ces dernières et en donne une description vivante et intéressante. Nous devons mentionner enfin le chapitre consacré aux psychoses de l'enfance dans lequel on trouve les données les plus récentes sur la question.

L'auteur s'arrête longuement aux questions d'assistance. Il parle des services ouverts, des dispensaires, des annexes psychiatriques des prisons, de la prophylaxie mentale et signale le retard de la Russie par rapport à l'Europe occidentale pour tout ce qui touche aux Asiles proprement dits : à peine le dizième de l'effectif total des aliénés arrivé à être hospitalisé (moins de 30.000 sur 300.000 environ en 1927). Il y a là un état de choses

fâeheux, étant donné surtout que depuis la guerre et la révolution le nombre des malades mentaux ne eesse d'augmenter.

Nous terminerons en mentionnant quelques dispositions édictées par la législation de l'U. R. S. S., relative aux aliénés qui nous paraissent intéressantes : nul ne peut être interdit sans l'avis d'une Commission dans la eomposition de laquelle doivent entrer deux médeeins dont un psyehiatre ; la notion de l'irresponsabilité pénale ne joue pas s'il s'agit d'un aete eommis en état d'ivresse ; le Juge d'Instruetion est *obligé* de désigner un expert s'il y a doute sur l'état mental de l'ineulpé. Une eontre-expertise est prévue si la première paraît insuffisante. En eas de difficultés partieulières, est prévu le plaeement dans un Asile aux fins d'observation ; en eas de psyehose pénitentiaire, s'il s'agit d'un malade déelaré ineurable, l'affaire est elassée sans suites, — dans le eas contraire elle est ajournée jusqu'à guérison ; le Tribunal peut ordonner, à l'égard des délinquants ou des eriminels aliénés, des mesures de traitement obligatoire (internement d'offiee) ; eertains aleooliques en « état dangereux » peuvent être soumis au traitement forcé dans un établissement spéeial.

G. Halberstadt.

L'Encéphalite psychosique aiguë azotémique, par le Dr Chaillet, Interne des Asiles du Rhône. (Travail de la elinique Neuro-Psychiatrique de l'Université de Lyon), 163 pages, *Thèse Lyon*, 1932. Imprimerie Intersyndicale Lyonnaise, édit.

L'auteur se basant sur dix observations personnelles reeueillies et suivies dans le serviee de son Maître, le Professeur J. Lépine, et sur trois observations avee examens anatomo-pathologiques obligeamment mises à sa disposition par le Dr Marehand, s'est proposé, à la lumière des reeherehes effeetuées dans ees dernières années, d'étudier les psychoses aigues. Dans cinq cas il a pu pratiquer l'examen histologique du système-nerveux des malades qu'il a observés ; c'est dire que ee travail très complet et minutieusement étudié est une revue générale fortement doeumentée d'une question très à l'ordre du jour.

Après avoir exposé la symptomatologie et l'évolution bien partieulière voire dramatique de ees psychoses, l'auteur donne un exposé des lésions histo-pathologiques constatées soit au niveau des viseères soit au niveau du système nerveux. Les reins et le foie sont le siège d'altérations relativement peu importantes et sans earaetères spéeifiques. Au niveau du système nerveux les lésions méningées sont diserètes, mais par contre il existe des modifieations névrogliques avee prolifération des eellules et des modifieations cellulaires au niveau des gaines péri-vaseulaires qui entourent les vaisseaux dilatés. Ces lésions sont particulièrement intenses au niveau du bulbe et se rencontrent également dans la région sous-thalamique et au voisinage du troisième ventricule.

Après d'autres, l'auteur insiste sur l'azotémie progressive et parfois élevée qui aceompagne ees psyehoses. Cette azotémie postérieure dans son apparition aux troubles psyehiques, ne doit pas être attribuée selon lui aux lésions viseérales, de même qu'à l'autophagie et à la dénutrition très rapide des malades, mais elle doit être eonsidérée eomme étant pour une large part d'origine nerveuse et liée à des lésions eentrales (région infundibulo-tubérienne),

L'agent pathogène n'ayant pu être décelé, malgré la série des recherches entreprises, l'étiologie demeure incertaine et la seule chose qu'on puisse affirmer c'est qu'il s'agit d'un processus toxi-infectieux à détermination spécialement nerveuse mais atteignant également les viscères.

Un chapitre thérapeutique termine l'ouvrage : le traitement malheureusement non spécifique sera avant tout anti-toxique et anti-infectieux ; il essaiera de gagner de vitesse une affection qui brûle toutes les étapes.

E. LARRIVÉ.

Contribution à l'étude de la Constitution physique dans la Démence précoce, par le Dr A. BERNAIX. 98 pages, *Thèse Lyon,* 1932, Bosc frères et Riou, édit.

L'auteur, dans ce travail, après avoir rappelé l'obscurité qui plane sur l'étiologie de la démence précoce, fait remarquer que beaucoup d'auteurs contemporains, revenant à la théorie dégénérative de la démence précoce, pensent que dans certains cas il existe un rapport entre l'éclosion de cette affection et la constitution antérieure du sujet. Il est ainsi amené à décrire ce qu'il faut entendre par constitution et à exposer qu'il n'a d'autre but que de vérifier la prédisposition élective de certains types physiques à la schizophrénie.

Ses recherches ont été faites sur des déments précoces hébéphréno-catatoniques et sur quelques paranoïdes. Il a ainsi examiné 135 malades en se basant, pour ce faire, sur le tableau anthropométrique établi par Wertheimer et Hesketh. Ses résultats ont confirmé les vues de Kretschmer avec quelques différences seulement dans les pourcentages.

Pour lui, les sujets qui se classent nettement d'après leurs indices parmi les athlétiques, les asthéniques et surtout les dyplastiques devraient être de bonne heure surveillés au point de vue d'une orientation possible vers la démence précoce.

E. LARRIVÉ.

La phase somatique prodromique de la démence précoce, par le Dr Damien LAURENT. 90 pages, *Thèse Paris,* 1932, Louis Arnette, éd.

Les voies d'entrée dans la démence précoce sont aujourd'hui bien connues et ont fait récemment l'objet de plusieurs études. Mais les manifestations psychiques apparemment initiales sont déjà précédées de troubles physiques variés, constituant une *phase somatique prodromique.*

Les troubles céphaliques, de beaucoup les plus importants, consistent essentiellement en céphalées et algies, vertiges ou pseudo-vertiges, céphalée cénesthésique et sommeil cataleptique subjectif.

Les maux de tête sont extrêmement fréquents dans la période prodromique de la démence précoce et disparaissent au contraire lorsque celle-ci est constituée. Ils peuvent emprunter le masque de la migraine ou faire penser à une tumeur cérébrale. Ils s'accompagnent volontiers d'un sentiment d'anxiété. Des algies peuvent également se manifester, crânio-faciales le plus souvent.

Les vertiges s'observent avec les apparences soit du vertige épileptique, soit du vertige de la psychasthénie ; ils se distinguent aisément des vertiges auriculaires ou labyrinthiques et des vertiges cérébelleux.

Les phénomènes véritablement algiques s'atténuent progressivement, fai-

sant place à des sensations cérébrales étranges, que l'auteur appelle céphalée cénesthésique, à une sensation spéciale d'engourdissement psychique, avec prise de la volonté, qu'il désigne sous le nom de sommeil cataleptique subjectif, enfin à des troubles cénesthésiques variés. Ces diverses manifestations servent de base organique aux sentiments et aux délires d'influence, ainsi qu'à la désagrégation psychique progressive et initialement consciente.

Les troubles viscéraux les plus fréquemment mentionnés sont des troubles dyspnéiques et cardio-vasculaires (palpitations, angoisse, tachycardie), des troubles digestifs (nausées, vomissements, troubles dyspeptiques, douleurs stomacales ou intestinales) ; des troubles généraux (amaigrissement, pâleur).

Toutes ces manifestations prodromiques traduisent le cri d'alarme de l'atteinte dynamique du système nerveux ; les signes somatiques et douloureux expriment la souffrance de l'organe ; lorsque la désagrégation psychique est réalisée, c'est-à-dire lorsque la démence précoce est constituée, les phénomènes algiques s'éteignent.

L'existence d'un syndrome prodromique a une valeur séméiologique d'un grand intérêt pratique ; elle semble indiquer, en effet, une évolution plus lente de l'affection et parfois même réalise certaines formes « fixées » de la démence précoce. Roger DUPOUY.

Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoces, par le Dr Henri TOURAINE, ancien interne des asiles. *Th. Paris* 1932, 64 p., Le François, éd.

L'indifférence et même la répulsion sexuelle s'observent fréquemment chez les déments précoces. Les schizophrènes, capables encore de rêveries amoureuses, d'aspirations sentimentales, ne sont déjà plus des réalisateurs : leur besoin ou leur désir se satisfait solitairement ; l'acte normal leur répugne, ou, pour le moins, les laisse indifférents ; ils présentent de *l'apragmatisme* sexuel.

Cette observation clinique concorde avec les constatations histologiques de Mott, pour qui la démence précoce s'accompagne d'une sénilité précoce des organes génitaux, d'une régression de plus en plus manifeste de la puissance génitale, aboutissant à sa perte complète, l'atrophie testiculaire se traduisant par de la pigmentation intracellulaire, une sclérose diffuse de l'organe, des troubles de la spermato-génèse, pouvant aller jusqu'à sa suppression. D'autre part, les recherches d'Abély montrent que l'injection de l'urine des déments précoces au souriceau impubère détermine une régression du développement de l'animal, avec atrophie de ses testicules et de ses vésicules séminales.

Le désintérêt sexuel que l'on retrouve dans les cas types de démence précoce peut apparaître de très bonne heure et constituer ainsi un signe de début de la maladie mentale en évolution. Roger DUPOUY.

La vie maladive de Molière, par la Dr René THUILLIER. Illustrations d'Albert Solon. Broch., 207 pages, Jouve et Cie, éd., Paris, 1932.

Dans sa préface, notre jeune confrère signale très justement le goût actuel du public pour les « vies romancées » et pour les révélations parfois très indiscrètes de l'historien sur la vie intime des personnages connus. Toute

une collection de « leurs amours » a même été fondée. Le Dr Thuillier a sacrifié à cette mode et consacré sa thèse qui paraît aujourd'hui en librairie à la vie maladive de Molière.

Cet essai, plus littéraire encore que médical, est alertement écrit et intéresse vivement le lecteur. Il embrasse la vie entière de Molière, depuis sa naissance, quelque peu prématurée, au sein d'une famille entachée apparemment de tuberculose pulmonaire, jusqu'à sa mort rapportée à cette même affection. La mort de sa mère alors qu'il avait seulement dix ans et le remariage de son père moins d'un an après, eurent certainement un retentissement sur l'épanouissement défectueux de son affectivité filiale et l'incomplétude de ses sentiments qui apparaît à travers la mentalité attribuée aux parents qu'il met en scène, et notamment aux pères, presque toujours veufs, avares et bernés. Cependant l'affectivité est très développée chez Molière qui s'émeut facilement, adore ses amis, s'éprend tout jeune de Madeleine Béjart, s'enthousiasme pour son art et se comporte sa vie durant comme un véritable « embrasé ».

Nous connaissons tous sa passion pour Armande, sœur et non certainement fille de Madeleine Béjart, sa jalousie, largement motivée, semble-t-il, ses crises de dépression et d'exaltation, sa combattivité mordante alternant avec une noire misanthropie; nous savons de même l'importance qu'il donne aux médecins dans son théâtre, depuis le *Médecin volant* jusqu'au *Malade imaginaire*. Il s'agit de relier l'une à l'autre sa personnalité, tant physique que mentale, et ses attaques plutôt acerbes contre la gent médicale.

Celle-ci était déjà chansonnée et raillée copieusement. Est-ce parce qu'elle s'y prêtait avec son costume — longues robes, bonnets carrés, chausses et rabats, — son jargon, sa pratique, « son air pédantesque... longue perruque, habit grotesque »; est-ce parce qu'on la craignait et que les farces écrites sur elle fussent une sorte de revanche ; les deux raisons se complètent l'une l'autre. Mais il faudrait surtout voir dans la satire de Molière le dépit d'un malade que l'on ne sut guérir. Molière, en effet, souffrit toute sa vie sans goûter grands soulagements des remèdes qui lui furent prescrits.

Physiquement, il était plutôt débile, menu, grêle, « faible de poitrine », toussotant fréquemment, épuisé par ses veilles et son travail, miné par la tuberculose pulmonaire qui devait finalement l'emporter dans un flot de sang. Mentalement, ce fut un hypersensible, facilement déprimé, préoccupé, inquiet, irritable, mais aussi amoureux, ardent et jaloux. Il met ses sentiments au théâtre, son amour dans l'*Ecole des maris*, pièce de fiancé optimiste, et ses préoccupations jalouses dans l'*Ecole des femmes*, pièce de jeune marié peu confiant en la fidélité de sa femme et craignant fort pour l'avenir.

Ce fut surtout un hypocondriaque à l'humeur noire et un esprit chagrin. Son pessimisme éclate dans *le Misanthrope* et son hypocondrie, en laquelle s'allient le tourment de la maladie qui lentement progresse, la terreur de la mort qu'il sent imminente et sa désillusion méprisante à l'égard des médecins impuissants, dans *le Malade imaginaire*. Car non seulement les médecins, avec leurs remèdes de l'époque, leurs lavements, leurs purges et leurs saignées, le séné, la casse et l'émétique, ne purent rien pour lui, mais ils laissèrent encore mourir son premier-né, d'où son ressentiment affectif contre eux, qu'il exprime dans *Don Juan, l'Amour médecin, le Médecin malgré lui, Monsieur de Pourceaugnac*.

Dans sa thèse, l'auteur montre certaines connaissances psychiatriques, et notamment une expérience clinique de l'égoïsme hypocondriaque ; nous

regrettons seulement qu'il en soit resté à la neurasthénie de Bouveret, à l'archaïque lypémanie et paraisse ignorer la conception paranoïaque de l'hypocondrie arganienne de Delmas. Pour lui comme pour Cabanès, la mort de Molière est attribuée à la rupture d'un anévrisme de Rasmüssen, c'est-à-dire à l'ouverture dans une caverne tuberculeuse d'un anévrisme d'une branche de l'artère pulmonaire.

Roger DUPOUY.

PSYCHANALYSE

Les bases historiques de la psychanalyse (Die historischen Grundlagen der Psychanalyse), par M. DORER. 1 vol. de 184 pages, chez F. Meisner, Leipzig, 1932.

C'est une erreur de considérer la doctrine psychanalytique de Freud comme une doctrine indépendante des conceptions philosophiques et psychologiques de l'époque dans laquelle elle est née. La pensée du jeune auteur des études sur l'aphasie, sur l'hystérie, sur le rêve, a été fortement influencée par les idées qu'il rencontrait dans son ambiance, et en particulier pendant les années d'études, à Vienne et en France.

A la Faculté viennoise, Freud eut comme maîtres le physiologiste Brücke, qu'il estimait hautement, et surtout le célèbre Meynert. L'influence de Meynert sur l'œuvre de Freud a été considérable. « Jusque dans des détails on peut démontrer la dépendance des idées de Freud par rapport à l'enseignement de Meynert », qu'il s'agisse de l'importance attribuée aux mécanismes associatifs, des conceptions sur le rôle des « affects », sur celui du conscient et de l'inconscient, sur la notion du refoulement qui se trouve ébauchée dans certaines idées de Meynert. Le parallélisme entre Meynert et Freud est particulièrement frappant dans l'ouvrage récent de celui-ci : « au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips) ». En ce qui concerne les amis et condisciples viennois, on connaît l'influence de Breuer, qui a lui-même fourni une contribution importante à l'œuvre psychanalytique.

Ce qu'a signifié pour lui le séjour en France, au contact des écoles de Charcot et de Bernheim, mais notamment aussi au contact des idées de Janet, Freud l'a toujours reconnu. Les études sur l'hystérie en portent l'empreinte ; ce n'est qu'après le retour de France que la psychanalyse est née, que le jeune savant, indécis auparavant quant à la voie à suivre, s'est définitivement orienté vers la psychologie. Le séjour en France a été précieux en particulier, pour le développement de ses conceptions sur l'inconscient et le subconscient.

Freud s'apparente beaucoup avec Nietzsche et Schopenhauer. Pourtant il affirme qu'il n'avait lu ni l'un ni l'autre. Il avait évité de lire Nietzsche, « dont les idées concordent souvent d'une façon étonnante avec les découvertes si péniblement acquises de la psychanalyse », car « il voulait se garder de toute opinion préconçue et la question de priorité ne le préoccupait pas ». Ce n'est qu'incidemment qu'il apprit que dans « le monde comme volonté et comme représentations », Schopenhauer avait développé, sur la genèse de la folie, des conceptions presqu'identiques à celles, psychanalytiques, sur le refoulement.

Le philosophe viennois Fechner, mort en 1881, jouissait à l'Université où il enseignait, d'une autorité incontestée. Freud a lui-même insisté sur ce

qui le rapprochait de Fechner : importance du facteur de quantité dans le fonctionnement psychique, rôle attribué aux conditions de stabilité et d'instabilité, rôle du conscient et de l'inconscient, signification des rêves.

La philosophie de Fechner est basée sur celle d'Herbarth, qui occupait une place prépondérante dans l'enseignement universitaire de toute l'Autriche, depuis que Frantz Exner l'avait enseignée, à Vienne et à Prague. L'influence d'Herbarth a été importante également sur la psychiatrie allemande. Griesinger était son adepte, or Meynert était un admirateur de Griesinger. C'est ainsi qu'on s'explique les ressemblances si nombreuses entre la psychologie de Freud et celle d'Herbarth. Le rapprochement entre Freud et Herbath constitue le mérite essentiel du livre du Docteur Dorer, d'une lecture d'ailleurs très intéressante. On y retiendra aussi la justice rendue à l'influence de Meynert, et l'appréciation de celle de la neuro-psychiatrie française.

E. Bauer.

NEUROLOGIE

Névrite rétrobulbaire aiguë d'origine infectieuse. Etude anatomo-clinique, par le Dr I. Alper. 88 pages, *Thèse Lyon*, 1932, Bosc frères et Riou, édit.

L'auteur rapporte dans ce travail, un cas de névrite rétrobulbaire aiguë s'étant compliqué d'un état infectieux ayant abouti à une issue fatale ce qui lui permît de faire des examens histologiques. Au niveau de la région rétrobulbaire du nerf existait un processus infllammatoire des gaines méningées et dans le nerf optique des lésions conjonctivo-vasculaires avec réaction lympho-polynucléaire. Ces lésions étaient surtout accentuées dans la partie axiale du nerf.

Pour lui la névrite rétrobulbaire aiguë semble de nature infectieuse, elle peut être consécutive à des infections du voisinage (sinus, rhino-pharynx, dents) ou à des maladies générales telles que sclérose en plaques et syphilis. Cette affection habituellement unilatérale se caractérise cliniquement par une baisse brusque de la vision avec scotome central absolu pour le blanc et les couleurs, mais sans signes ophtalmoscopiques. Le pronostic est généralement favorable et le traitement essentiellement causal pourra néanmoins s'aider utilement d'un traitement symptômatique.

E. Larrivé.

ASSISTANCE

Les assurances sociales, par le Dr P. Crouzon, Médecin des Hôpitaux de Paris, Membre du Conseil de Surveillance de l'Assistance publique à Paris. (Un vol, in-12, 124 pages, Masson et Cie, éditeurs.).

Guide à l'usage du corps médical, cet ouvrage a pour but de faire connaître aux médecins le mécanisme exact de la loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930.

La lecture de la loi est difficile : d'abord parce que bien des articles n'intéressent pas le corps médical et, parce que les articles qui l'intéressent sont dispersés en divers chapitres : M. O. Crouzon s'est donc proposé de faire, non pas un exposé complet de la loi, exposé qu'il est facile de

trouver dans les documents officiels, mais un regroupement méthodique de tout ce qui peut intéresser les médecins et autres praticiens.

D'autre part, la loi a été complétée par des interprétations qui en ont été faites au cours de la discussion devant le Parlement, par le règlement d'administration publique, par les décrets, arrêtés, etc. : il était utile, au cours de ce regroupement, d'incorporer ces textes dans le chapitre auquel ils se rapportent.

Ce livre, travail de synthèse, clairement exposé, de tout ce qui intéresse le médecin dans le fonctionnement des assurances sociales (assurance-maladie et maternité, assurance-invalidité, vieillesse et décès, est indispensable à tous ceux qui ont à intervenir sous le régime de la loi sur les assurances sociales, c'est-à-dire à tous les praticiens.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE LÉGALE

Contribution à l'étude des problèmes de Médecine légale pychiatrique relatifs aux toxicomanies, par le Dr L. Vervaeck. (*Revue de Droit pénal et de criminologie*. Bruxelles, 11e année n° 7, juillet 1931).

Au cours de ce long travail, M. Vervaeck a cherché, entre autres choses, à formuler ce qu'il faut entendre au point de vue médico-légal par l'état de toxicomanie. L'auteur pense qu'on pourrait définir ce dernier ainsi qu'il suit : le besoin impérieux de prendre habituellement un toxique, malgré les troubles et les lésions organiques qu'il détermine, besoin caractérisé par des réactions d'accoutumance et de sevrage et se traduisant par des idées obsédantes et des impulsions irrésistibles à s'en procurer, fût-ce au prix d'actes délictueux.

Après avoir ainsi déterminé les critériums d'ordre médical et psychiatrique sur lesquels on peut se baser pour affirmer qu'un inculpé est un toxicomane, l'auteur recherche les éléments d'ordre médico-légal, susceptibles d'établir que ses habitudes toxiques ne sont pas justifiées par son état maladif, par conséquent que l'inculpé n'a pas de raisons thérapeutiques de prendre des narcotiques, pas plus que le médecin de motifs de lui en prescrire régulièrement. En particulier, au point de vue de la responsabilité médicale, l'expert devra procéder à une étude approfondie de l'évolution de la maladie dont le toxicomane prétend être atteint, il recherchera les conditions de la prescription des narcotiques : leur fréquence, l'importance des doses, le fait de leur accroissement progressif, les efforts tentés par le médecin pour les supprimer ou tout au moins les réduire. Mais aucun de ces éléments n'a de valeur absolue et il faut les interpréter avec une grande prudence. Aussi est-il le plus souvent fort difficile d'établir qu'une faute professionnelle ou un délit puisse être imputé au médecin.

Lauzier.

L'épreuve psychologique des « P » chez les délinquants habituels, par J. Fuster. (*Revista de Medicina legal, Criminologia y psiquiatria forense,* 1re année, n° 2, mai 1932).

L'épreuve psychologique des « P », qui a été employée par le Dr Mira en 1920, est un test d'association restreinte qui offre une corrélation avec l'intelligence verbale. Elle consiste simplement à prier le sujet, dont les yeux ont été bandés, de dire tous les mots qu'il peut se rappeler et qui commencent par la lettre P. Il importe peu que les mots soient d'un idiome différent, pourvu que le sujet n'indique pas les mêmes. Les mots sont soigneusement enregistrés sur un cahier au fur et à mesure qu'ils sont prononcés et toutes les quinze secondes on les sépare par un trait. Durant l'examen si le sujet se tait ou reste distrait, on le presse de répondre. Au bout de cinq minutes l'épreuve est terminée. D'après Mira les enfants de 6 ans disent en moyenne 6 mots, ceux de 10 ans : 24 mots, les adultes moyens : 42 mots. Quelques sujets arrivent à indiquer 60 mots et plus. D'autre part les mots prononcés fournissent des données intéressantes sur le subconscient du sujet examiné. On peut représenter les résultats obtenus par l'épreuve psychologique des P sous une forme graphique, le nombre des mots étant inscrit en abcisses, le temps exprimé de 15 en 15 secondes en ordonnées. On obtient ainsi une courbe du rendement intellectuel. On peut répéter l'épreuve en se servant d'une autre lettre directrice de fréquence à peu près égale dans le vocabulaire, par exemple C. L'auteur a utilisé cette épreuve chez 366 délinquants habituels adultes. La moyenne des mots indiqués fut de 17 à 20, ce qui révèle un déficit global de l'intelligence verbale chez les délinquants examinés.

Lauzier.

Considérations sur la simulation de la folie, par Ramón Cisternas et José M. Laurnagaray. *La Semana Médica,* 4 février 1932.

Les statistiques des auteurs donnent un simulateur pour 15 aliénés délinquants. Ingenieros, qui a beaucoup étudié la question en Argentine, avait trouvé une proportion plus forte (14 0/0). Les sujets simulent surtout des états délirants et confus, l'épilepsie, l'amnésie. La fréquence des cas et leur complexité conduisent les auteurs à demander l'introduction dans le code criminel d'un texte de loi qui permette l'observation des suspects dans un pavillon adapté pendant tout le temps nécessaire à la surveillance du mode de vie du prévenu et de l'attitude de ses familiers et de ses défenseurs.

P. Carrette.

Considérations sur la simulation de la folie chez les délinquants, par R. Cisternas et J. Laurnagaray. (*Revista de criminologia, psiquiatria y médecina legal,* Buenos-Aires, 18e année, n° 107, sept.-oct. 1931).

En Argentine, les délinquants suspects de troubles mentaux sont mis en observation au Pavillon Lucio Melendez de l'Hospice de Las Mercedes. De 1878 au mois d'août 1931 sont entrés au pavillon 1.516 délinquants, et l'examen montra que sur ceux-ci 207 n'étaient pas aliénés et que 97 étaient des simulateurs. Sur ces derniers, 39 0/0 ont simulé un syndrome confuso-démentiel, 16 0/0 l'épilepsie, 13 0/0 un syndrome délirant, 11 0/0 l'amnésie et 8 0/0 la mélancolie. Plus de la moitié d'entre eux étaient célibataires.

Les délits commis par les simulateurs sont par ordre de fréquence : les homicides, les vols, les blessures, les tentatives d'homicides, les fraudes, les escroqueries. La durée de la simulation est variable ; elle a atteint 25 à 30 jours dans 18 cas, et 2 mois dans 16 cas ; une fois elle s'est prolongée une année. Afin de dépister plus facilement les cas de simulation, les auteurs pensent qu'il est nécessaire de prolonger l'observation le plus longtemps possible, et de créer un pavillon spécial d'observation avec isolement individuel, où l'on puisse contrôler le comportement des inculpés ainsi que les visites des membres de leurs familles et de leurs défenseurs.

LAUZIER.

La dissimulation volontaire des troubles psychiques, par A. FRIBOURG-BLANC. *Revue Médicale Française,* décembre 1931.

La position médicale de Fribourg-Blanc lui a facilité l'acquisition d'une expérience étendue et la publication de faits intéressants sur la question de la sincérité dans les troubles mentaux. Il s'agit dans le présent article, non plus de la simulation de symptômes psychiques, mais au contraire de l'essai de dissimulation de troubles existants.

Les motifs abondent. Ils peuvent être d'ordre utilitaire, plus particulièrement dans l'armée. Des individus, insuffisamment armés pour les luttes de la vie, cherchent dans la subordination militaire une situation en rapport avec leur manque d'initiative. C'est le cas de maints débiles, de déséquilibrés, de toxicomanes, d'obsédés, dont les anomalies n'apparaissent avec évidence qu'après une observation parfois prolongée. Ils redoutent la réforme ou l'hospitalisation. Découverts et mal orientés, on les a vus recourir au suicide. D'autres, également conscients de leur état, s'efforcent de dissimuler par un sentiment de vanité morbide. Des persécutés se taisent et se surveillent par méfiance de l'entourage. Enfin l'euphorie trompeuse des déments séniles et des paralytiques généraux égare quelquefois les juges qui condamnent à tort ou l'entourage qui est victime de leurs impulsions funestes.

P. CARRETTE.

Sur la Desmotériophilie, par le Dr A. LEY. (*Revue du Droit pénal et de Criminologie*, 11e année, no 12, décembre 1931).

L'auteur propose ce terme pour désigner la perversion affective des sujets qui en arrivent à aimer la prison. En pratique on ne voit se développer cette perversion que chez des détenus ayant une caractéristique morbide. Tantôt il s'agit de schizoïdes dont l'autisme se complait dans l'isolement de la prison cellulaire, tantôt il s'agit de débiles qui s'adaptent aisément à la vie pénitentiaire et s'en déclarent satisfaits, tantôt enfin il s'agit de cyclothymiques en période d'hyperthymie euphorique. La desmotériophilie peut être rapprochée de ces manifestations affectives présentées par certains pensionnaires des asiles, qui bien adaptés se comportent normalement et sont pratiquement guéris jusqu'au jour où l'on propose leur sortie. Il est de bonne règle thérapeutique pour ces malades de les maintenir au contact d'une certaine activité sociale et familiale, et le traitement dans une colonie du type Gheel est très recommandable.

LAUZIER.

Érotomanie, par le Dr Adrien Gœmans. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1932).

Une observation détaillée d'érotomanie avec quelques considérations sur la place de cet état passionnel dans la nosologie. Rappel de nombreux travaux français sur la question. Sengès.

Contribution à l'étude de la pédophilie, par M. Krivy. *Revue neurologique tchèque*, 1931, nº 5-7.

Trois cas de pédophilie sont relatés :

Le premier cas concerne un homme, âgé de 25 ans, célibataire, présentant des signes d'imbécillité. Les actes sexuels ont été plutôt occasionnels. Son irresponsabilité proposée par les experts a été acceptée par le tribunal.

Le deuxième cas concerne un instituteur, âgé de 56 ans, marié. Son instinct sexuel a été orienté depuis 20 ans exclusivement vers les garçons âgés de 8 à 13 ans. Il a photographié tous ses actes sexuels avec les enfants. A côté de la pédophilie, le malade a présenté encore d'autres aberrations sexuelles et des signes de dégénérescence mentale. La responsabilité atténuée a été acceptée par les experts mais refusée par le tribunal.

Le troisième cas concerne un instituteur de 27 ans, marié, présentant aussi des signes de dégénérescence mentale. Son instinct sexuel s'est orienté depuis un an vers les fillettes de 11 à 13 ans. C'était antérieurement un exhibitionniste et, depuis son enfance, il se livre à la masturbation. La responsabilité atténuée a été acceptée par les experts.

La pédophilie est facilitée surtout par le contact intime professionnel avec les enfants. Ses causes sont naturellement les mêmes que celles des perversions sexuelles.

A.

NEUROLOGIE

L'encéphalographie artérielle, par Egas Moniz. *Archivos de Neurobiologia*, septembre-octobre 1931.

Au cours d'une conférence faite à Saragosse, le professeur Moniz, de Lisbonne, expose la technique de cette intervention difficile qui consiste à rendre visible aux rayons X les trajets artériels encéphaliques au moyen d'une injection carotidienne de 5 à 6 cc. d'une solution à 25 0/0 d'iodure de sodium chimiquement pur. L'examen des 12 photographies, accompagnées de dessins schématiques, publiées par les *Archivos de Neurobiologia*, montre avec une extrême netteté l'artériographie normale et l'anarchie vasculaire des régions cérébrales envahies par une tumeur : plages blanches frontales ou temporales ; néoformations périhypophysaires ou ponto-cérébelleuses, etc. P. Carrette.

Expériences sur l'encéphalographie avec étude spéciale sur l'insufflation d'air par ponction sous-occipitale, par Erick Ask-Upmark. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. I et II, 1932.

L'insufflation d'air dans la cavité cranienne comme moyen de diagnostic peut être pratiquée par ponction ventriculaire, sous-occipitale ou lombaire.

La première méthode est la plus dangereuse ; elle est responsable d'accidents parfois mortels. La dernière n'est pas non plus sans danger et se montre infidèle ou insuffisante. C'est à la seconde qu'on a le plus communément recours. L'auteur justifie sa préférence par la pratique de 85 encéphalographies. La ponction par la voie atlanto-occipitale fournit des rœntgenogrammes intéressants indiquant l'état des scissures, révélant la présence de kystes, les modifications des cavités ventriculaires, les zones atrophiées.

La ponction sous-occipitale, bien qu'étant la meilleure méthode d'investigation, ne se pratique pas sans risques. L'auteur insiste sur la nécessité d'effectuer l'expérience à la clinique chirurgicale neurologique. Des troubles circulatoires sérieux avec réaction méningée sont souvent inévitables. L'insufflation d'air modifie la pression intracranienne et l'expérimentateur doit avoir constamment la possibilité d'intervenir et de rétablir l'équilibre humoral par une injection intraveineuse d'une solution hypertonique de chlorure de sodium.

P. CARRETTE.

La stase papillaire aiguë, par Th. de MARTEL, MONBRUN et J. GUILLAUME. *Archives d'ophtalmologie*, n° 10, octobre 1931.

Ce phénomène ne paraît pas avoir fait l'objet de communications antérieures ; cependant, sa brusquerie, son intensité, ses conséquences méritent de retenir l'attention. Les auteurs l'ont constaté à l'occasion de phénomènes d'hypertension intracranienne et, en particulier, dans la dilatation aiguë des ventricules latéraux. Il annonce des accidents bulbaires de la plus haute gravité. En général, des contractures surviennent peu après avec des troubles circulatoires et respiratoires se terminant par une syncope mortelle. La constatation d'une stase papillaire aiguë est un signal-symptôme qui commande une intervention chirurgicale d'urgence : l'ablation de l'arc postérieur de l'atlas et du bord correspondant du trou occipital, opération destinée à libérer le bulbe, étranglé par la pression des amygdales cérébelleuses.

P. CARRETTE.

L'avenir ophtalmologique des opérés de tumeurs de la région hypophysaire, par Th. de MARTEL, MONBRUN et J. GUILLAUME. *Archive d'ophtalmologie*, n° 8, août 1931.

La décoloration de la papille, le rétrécissement du champ visuel n'indiquent pas fatalement la perte définitive de la vision. Les auteurs montrent, dans 5 cas, le rôle capital joué par la décompression opératoire, qui libère les artères et rétablit une vascularisation normale. Le trouble est d'abord fonctionnel. Si l'ischémie dure peu, les lésions anatomiques n'existent pas. On conçoit tout l'intérêt des interventions précoces. Leur résultat est de beaucoup plus favorable que celui des anciens traitements médicaux ou de la radiothérapie.

P. CARRETTE.

Nystagmus optique, par J. Ch. FOX, F. H. COUCH et R. DODGE. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1931.

Le nystagmus est obtenu expérimentalement par la fixation d'objets se succédant de telle manière que lorsque l'un d'eux a son image à la fovea, le suivant, venant du côté temporal, forme la sienne au point aveugle. Les

nystagmogrammes montrent l'importance de certains facteurs psychiques, comme l'attente et l'habitude. L'arrêt brusque de l'expérience n'interrompt pas le mouvement des yeux qui se prolonge d'autant plus longtemps que le stimulant visuel a été offert plus irrégulièrement.

P. CARRETTE.

Fracture du crâne avec lésion du cerveau. Le diagnostic de la déchirure de la surface orbitaire des lobes frontaux, par E. S. GURDJIAN et N. H. SCHLAFER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, septembre 1931.

Entre les deux lignes de résistance sphénoïdale et médiane, la surface orbitaire constitue une zone fragile que les auteurs ont trouvée fréquemment lésée, soit par propagation d'une fracture directe frontale ou occipitale, soit par enfoncement de l'arête de la petite aile du sphénoïde après un choc sur la région temporale. La partie inférieure du lobe frontal placée immédiatement au-dessus subit de ce fait des déchirures parfois étendues. Ces lésions ont une symptomatologie spéciale qui permet de soupçonner leur existence : stupeur extrême, crises jacksoniennes avec paralysies des membres supérieurs.

P. CARRETTE.

Les formes cliniques des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes spontanées de l'adulte, par J. ABADIE et R. BARGUES. *Sud-Médical et Chirurgical*, 15 avril 1932.

Les hémorragies font partie de la symptomatologie d'un grand nombre d'affections du système nerveux. C'est dire qu'il ne saurait exister de formes idiopathiques. La ponction lombaire pratiquée systématiquement en fait preuve. Les auteurs, qui ont analysé les signes cliniques avec attention, signalent l'importance des syndromes neurologiques polymorphes d'apparition brusque, avec céphalalgie violente et localisée, et obtusion psychique confusionnelle. Ils décrivent, à côté du type commun, des formes à prédominances motrices, sensorielles, spinales, et les cas frustes, difficiles à déceler tout comme les formes psychiques.

P. CARRETTE.

Maladie de Pelizaeus-Merzbacher (sclérose centrolobaire familiale). Constatations cliniques à propos de deux cas, par Yetta SCHEFTEL. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, août 1931.

La description de Pelizaeus est de 1885 ; elle fut complétée en 1907-1908 par les recherches anatomiques de Merzbacher. On différencia ensuite le syndrome de l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs et de la maladie de Schilder. Les 14 observations initiales montraient surtout la transmission par la mère aux enfants mâles. Les sujets naissent en apparence sains. Plus tard on constate des paralysies, de la contracture, des troubles de la parole et le retard psychique. Anatomiquement, c'est surtout une aplasie axiale, une atrophie symétrique de la substance blanche hémisphérique et cérébelleuse.

Les 2 cas de Yetta Scheftel sont caractérisés par la prédominance des mouvements automatiques d'une forme clinique peu sévère.

P. CARRETTE.

Etude des troubles de la marche dans le syndrome vestibulo-spinal, par A. SUBIRANA de Barcelone. *Encéphale*, septembre-octobre 1931, n° 8, page 615.

Exposé des travaux de Barré sur cette intéressante question, travaux qui ont abouti à rendre possible le diagnostic du syndrome avec les éléments suivants : marche à petits pas sans incoordination ni dysmétrie, sans « traînement », sans les signes de la série pyramidale ; atteinte élective du muscle de la racine des membres (signe du psoas de Barré), impossibilité de passer du decubitus dorsal au decubitus ventral, etc...

Roger ANGLADE.

Etude sur les syndromes hémibulbaires. Les voies sympathiques dans le bulbe, par Knud WINTHER. *Acta Psychiatrica et Neurologica,* Copenhague, fasc. 1 et II, 1932.

L'étude des manifestations cliniques accompagnant les grands syndromes sensitivo-moteurs du névraxe permet de pénétrer chaque jour plus avant dans la découverte des connexions centrales des voies nerveuses végétatives. Onze observations de syndromes hémibulbaires — dont 4 avec examen anatomique — ont été groupées par Knud Winther qui note la constance du syndrome de Claude Bernard-Horner du côté de la lésion ; l'apparition plus rare et tardive de l'énophtalmie relevant d'une fonte graisseuse de l'orbite ; des troubles vaso-moteurs dans la moitié correspondante de la face et des membres. Les voies sympathiques efférentes, intéressées dans les cas présents, passent ou siègent (s'il y a là des centres secondaires) dans la partie latérale de la formation réticulée grise, entre le noyau ambigu et la racine descendante du trijumeau. En arrière, se trouveraient les fibres oculo-sympathiques. Les fibres antérieures entreraient en relation avec le faisceau spino-thalamique.

P. CARRETTE.

Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type Parkinsonien, par MM. G. GUILLAIN, R. GARCIN et I. BERTRAND. (*Revue neurologique,* mai 1931, t. 1, n° 5).

Contrairement aux cas jusqu'ici rapportés d'hypertonie d'origine cérébelleuse, où le syndrome parkinsonien venait se greffer tardivement sur le syndrome cérébelleux, dans l'observation anatomo-clinique que présentent ici les auteurs, un état hypertonique a précédé les troubles cérébelleux classiques dans l'évolution d'une atrophie corticale et pure du cervelet. L'intégrité des formations mésencéphaliques incriminées jusqu'ici dans la genèse des troubles du tonus a été constatée. Cette observation est à rapprocher des résultats expérimentaux de Rademaker : chez le chien décérébellé, il n'existe ni asthénie, ni atonie, contrairement aux idées de Luciani.

Peut-être ici deux facteurs s'ajoutent pour réaliser l'hypertonie : la perte du pouvoir inhibiteur du cervelet sur les formations mésencéphaliques, et l'excitation du noyau dentelé avec intégrité des connexions dento-rubriques) par un petit tubercule.

J. TUSQUES.

Syndrome d'Oppenheim ; variété de torsion spasmodique, par J. C. Montanaro, J. L. Hanon et E. F. Bonnet. *La Semana Médica*, 14 janvier 1932.

Cette observation est curieuse par le développement du syndrome extrapyramidal dont les premiers signes remontent à la deuxième année. Il s'agit d'un vice de développement avec lésions diffuses et très étendues. Les auteurs profitent de ces constatations cliniques pour rappeler les nombreuses formes voisines : lordotiques, cyphotiques, hypotrophiques, etc., et tentent d'établir le diagnostic différentiel avec la maladie de Wilson, celle de Westphal-Strumpell, l'athétose double de Lewandowski et d'autres syndromes plus ou moins liés aux altérations des noyaux gris centraux dont l'anatomie et la physiologie normales nous sont encore mal connues. Ils s'élèvent contre la tendance actuelle à localiser prématurément ces groupes cliniques souvent observés superficiellement et en trop petit nombre pour permettre des conclusions sûres.

P. Carrette.

Contribution à l'étude de l'encéphalo-myélite expérimentale. Virus dermo-neurotrope, par D. Paulian, D. Ionescu et I. Bistriciano (avec deux planches hors texte). *Encéphale*, novembre 1931, n° 8, page 677.

Des érythèmes fébriles s'accompagnent parfois de troubles mentaux. Les auteurs, après en avoir relaté un exemple, soupçonnent l'intervention d'un de ces virus inconnus dermo-neurotrope. Ils prélèvent du liquide céphalo-rachidien et l'injectent dans le cerveau de lapins. Résultats positifs. Dépression générale des animaux, parésies, paralysies, méningites, troubles de la coordination des mouvements, etc...

Et l'inoculation d'émulsion cérébrale de ces lapins détermine des phénomènes plus graves : épilepsie, etc... Un seul animal a résisté et survécu. A l'examen microscopique : tous les signes des réactions inflammatoires dans le cortex, le bulbe, la moelle épinière, la corne d'Ammon.

Roger Anglade.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalomyélite disséminée aiguë à évolution mortelle chez un enfant par MM. J. Dagnélie et Ludo van Bogaert. (*Revue neurologique*, mai 1931, t. 1, n° 5).

Les auteurs présentent l'observation anatomo-clinique d'une maladie à l'ensemble des symptômes de laquelle semble correspondre l'*encéphalomyélite disséminée aiguë, de l'adulte.*

L'étude anatomique fait admettre aux auteurs que cette affection se rapproche plutôt, par ses lésions (infiltration gliale diffuse, avec prédominance de la glie plasmatique et cellulaire sur la glie fibrillaire, présence de glie plasmatique monstrueuse en dégénérescence... atteinte peu grave des cylindraxes et destruction massive de la myéline) de la sclérose en plaques aiguë que de l'encéphalomyélite aiguë disséminée, de l'influenza et de la rougeole. Cette analogie morphologique n'implique d'ailleurs pas l'identité étiologique ni clinique des deux affections.

J. Tusques.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 janvier 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 23 janvier 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 février 1931*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 27 février 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie.

M. le Dr Bedford PIERCE, de Londres, *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr G. DEMAY, médecin-chef à l'Asile public d'aliénées de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr RICOUX, médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Moulins (Allier).

Nominations.

M. le Dr Pierson, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'Armentières (Nord) ;

M. le Dr Carbillet est nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Moulins (Allier) ;

M. le Dr Requet est nommé médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés de Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).

Vacances de postes.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) ;

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

A propos d'un projet de désaffection des locaux de l'Asile Sainte-Anne.

La *Société médicale des Asiles d'Aliénés de la Seine* nous communique la lettre suivante :

Société Médicale
des
Asiles d'Aliénés de la Seine

Paris, 8 décembre 1932.

La Société a l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur le projet tendant à désaffecter l'asile Sainte-Anne, pour faire place à des locaux destinés à la Faculté de Médecine de Paris.

Il ne nous appartient pas d'apprécier le bien fondé d'un déplacement ou d'un agrandissement de l'actuelle Faculté de Médecine, dont l'aménagement définitif ne date pas de trente ans : ces mesures sont âprement critiquées par ailleurs. Mais nous avons le devoir d'examiner les répercussions de cette solution au triple point de vue de l'intérêt des malades et de leurs proches, de l'enseignement psychiatrique, et des finances publiques, tant nationales que départementales.

La suppression, après la guerre, des quartiers d'Hospice (Salpêtrière) a constitué une mesure regrettable et maintes fois critiquée publiquement dans les réunions des assemblées et commissions compétentes. Depuis cette suppression, l'asile Sainte-Anne reste le *seul établissement situé dans l'enceinte de la ville* où soient hospitalisés des aliénés : or, certains malades aigus et affaiblis sont difficilement transportables ; pour certains autres des raisons impérieuses d'humanité commandent de les laisser le *plus près possible de leurs proches,* dont certains, parfois, viennent vers eux quotidiennement, et peuvent seuls leur faire accepter une alimentation obstinément refusée...

Aussi, ne pouvons-nous croire que le Conseil Général de la Seine, dont les initiatives en matière d'assistance sont justement réputées, puisse accepter que, seule de toutes les branches de l'art médical, la Médecine Mentale ne soit pas représentée dans la Ville de Paris, et que les aliénés soient traités en parias, précisément à une époque où la Médecine Mentale s'intègre de plus en plus à la médecine générale.

Aussi bien l'asile Sainte-Anne constitue-t-il un *centre d'enseignement* assidûment fréquenté par les étudiants et par des médecins étrangers venus s'initier à nos méthodes.

C'est aussi et surtout un *centre unique et irremplaçable d'enseignement pour les futurs médecins aliénistes du cadre national* car il leur offre seul la possibilité de se tenir en contact étroit avec les autres branches de la médecine.

La perspective pour eux d'accomplir tout un Internat dans des établissement trop éloignés de l'Ecole ou des Hôpitaux, où certains doivent régulièrement, d'ailleurs, continuer à suivre des cours pratiques ou des stages, serait de nature à abaisser, de façon préjudiciable pour le service, le niveau des concours à venir. Les conséquences graves qui peuvent en découler pour la valeur du cadre national des médecins des asiles publics — recrutés en majorité parmi les Internes des Asiles de la Seine — ne devraient pas échapper à la vigilance de l'Administration centrale.

Dans l'hypothèse envisagée, que deviendraient les malades actuellement hospitalisés à l'asile clinique ? Deux solutions seulement peuvent être, pratiquement, proposées :

1° Leur répartition dans les asiles existants de banlieue ? Or la Commission de Surveillance et les Médecins n'ont cessé, depuis plusieurs années, de dénoncer leur encombrement progressif : il a atteint aujourd'hui les plus extrêmes limites et nécessite des palliatifs d'urgence, construction de pavillons métalliques, surélévations, transfèrements massifs en Province...

Or, les asiles de province, parvenus eux-mêmes à la limite de l'encombrement — parfois de l'entassement — doivent se refuser à toute admission nouvelle de malades de la Seine.

D'autre part, de nouveaux pavillons ne peuvent être indéfiniment ajoutés à des établissements dont les services généraux, d'ores et déjà insuffisants, craquent de toutes parts. On en arriverait rapidement à l'*obligation d'agrandir ou de reconstruire entièrement* cuisines, magasins, lingeries, buanderies, ateliers, bureaux,... mesures onéreuses et qui, favorisant l'entassement, ne feraient que stabiliser les *conditions hygiéniques défectueuses* au milieu desquelles nous nous débattons déjà. Elles n'apporteraient, par contre, bien au contraire, aucune des indispensables améliorations demandées depuis longtemps.

2° On construirait un nouvel asile dans la limite des anciennes fortifications.

L'édification d'un asile neuf, remplissant *toutes les conditions nécessaires de situation* et de modernisation serait l'unique argument pouvant inciter l'assemblée départementale à accepter l'aliénation des locaux de l'asile Sainte Anne, si elle avait la certitude absolue d'obtenir l'indemnisation correspondant à la valeur réelle du terrain, de l'établissement, et des aména-

gements et de la voir affectée exclusivement au service des aliénés. D'ailleurs, cette édification devait être, *obligatoirement, préalable* à tout commencement de desaffectation, et nous soulignons ce point de façon toute particulière.

Les conditions économiques actuelles ne permettaient pas au budget départemental d'aboutir à une réalisation semblable. On peut se demander si les conditions du budget national — avec ou sans l'appoint des générosités étrangères qui paraissent à l'origine de cette affaire — la permettent.

L'intérêt sacré des malades et de leurs familles, les intérêts de la science psychiatrique française méritent plus d'attention qu'on ne semble en avoir apporté dans les prémisses de la discussion.

Dire qu'il suffira d'aménagements peu coûteux pour transformer l'asile Sainte-Anne en des locaux d'un autre ordre n'apparaît que comme une affirmation trompeuse, destinée à obtenir par surprise un vote de principe rapide. Et les modifications fatales, énormes, sinon totales, qu'on démontrera plus tard être indispensables, ne pourront que se solder par un appel inopportun aux contribuables.

Société Médicale des Asiles de la Seine.
Secrétaire : Dr H. Beaudouin.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Approbation du Règlement.

Le *Règlement* du *Congrès des Médecins aliénistes* et *neurologistes* de France et des pays de langue française (Association reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 23 août 1932), soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur conformément à l'article 23 des statuts, a été approuvé par décision ministérielle en date du 17 novembre 1932.

Inscriptions.

Les demandes d'inscription sur la liste des *membres titulaires* de l'Association sont actuellement reçues par le Dr René Charpentier, *Secrétaire général,* 119, rue Perronet à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité. Ils versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès.

La cotisation des *membres adhérents* à la 37e session a été fixée à 80 fr. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1932.

Parmi les prix décernés en 1932 par l'Académie de Médecine, les récompenses suivantes ont été attribuées à des travaux concernant la neuro-psychiatrie :

Prix Baillarger. — 2.500 francs. — L'Académie décerne le prix au Dr Masquin, de Paris : *Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens.*

Prix Boullard. — 2.000 francs. — L'Académie attribue le prix à MM. Leroy, médecin-chef et Médakovitch, chef de laboratoire à l'Asile Sainte-Anne : *Paralysie générale et malariathérapie.*

Prix Boulongne. — 6.000 francs. — L'Académie attribue le prix à ce mémoire qui a pour auteur le Dr Pierre Lépine, directeur de l'Institut Pasteur, à Athènes, et pour titre : *La prophylaxie chimiothérapeutique de la syphilis.*

Prix Th. Herpin (de Genève). — 3.000 francs. — L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour titre : *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine* et pour auteurs MM. les docteurs de Jong, d'Amsterdam, et Baruk, de Paris.

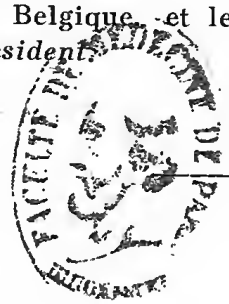
Prix Laborie. — 7.000 francs. — L'Académie décerne le prix au mémoire qui a pour titre : *La neurotomie rétro-gassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale* et pour auteur le Dr Sicard, de Paris.

Prix Lorquet. — 300 francs. — L'Académie attribue le prix à Mlles le Dr Hoffer et Angles, Inspectrice générale des écoles maternelles de Paris : *Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires.*

Prix Oulmont. — 1.000 francs. — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie). Le prix est décerné à M. Paul Sicard.

INSTITUT DES HAUTES ETUDES DE BELGIQUE

M. le docteur Paul Sollier (de Paris), est élu *président* de l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, et le professeur Charlier, de l'Université de Bruxelles, *vice-président*.



Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé).* — 45.583

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

Paul COURBON et Jean TUSQUES. — Identification délirante et fausse reconnaissance 1

Henri EY. — La croyance de l'halluciné (A propos des études de M. Quercy sur l'hallucination) 13

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 juin 1932

Correspondance 38

Paul COURBON et Mme FRANCÈS. — Délire localisé de persécution avec bienveillance générale 38

H. CLAUDE, L. LE GUILLANT et P. MASQUIN. — Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme préfrontal 43

R. DUPOUY, A. COURTOIS et J. BOREL. — Délire de jalousie chez un parkinsonien post-encéphalitique 49

L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique 55

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance du lundi 27 juin 1932

Adoption du procès-verbal 66
Correspondance 66
Election de trois membres correspondants nationaux 67
Election d'un membre associé étranger. 67
LAIGNEL-LAVASTINE et P. KAHN. — Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique 68
G. DUMAS. — La mimique vocale 74
F. ACHILLE-DELMAS. — Du délire onirique au délire d'interprétation 77
Th. SIMON et P. LARIVIÈRE. — Etude séméiologique de quelques épreuves d'adresse 80
C. PARHON et Mlle Gherta WERNER. — Recherches sur la calcémie, la potassémie et le rapport K : Ca dans les maladies mentales 87

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 3 juin 1932

Knud KRABBE. — Recherches anatomo-pathologiques sur un cas de soi-disant augiome calcifié des méninges 89
VON MAYERDORF. — Sur la surdité verbale pure 89
L. VAN BOGAERT et I. BERTRAND. — Les leucodystrophies familiales. Etude anatomo-clinique d'une famille atteinte de maladie de Schilder 89
P. COSSA. — Myopathie et maladie de Dercum 90
LUGARO. — Une méthode facile et sûre pour l'imprégnation sur blocs de la névroglie protoplasmique 90
CHRISTOPHE. — Considérations sur les résultats éloignés de la chirurgie et de la radiothérapie des tumeurs cérébrales 90
LARUELLE. — Le repérage ventriculaire .. 90
H. ROGER, Y. POURSINE et J. ALLIEZ. — Arachnoïdite, sclérose en plaques et épreuves monométriques du liquide céphalo-rachidien ... 90

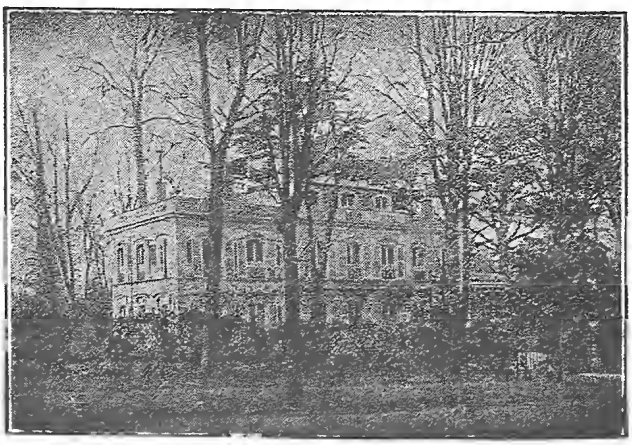
(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

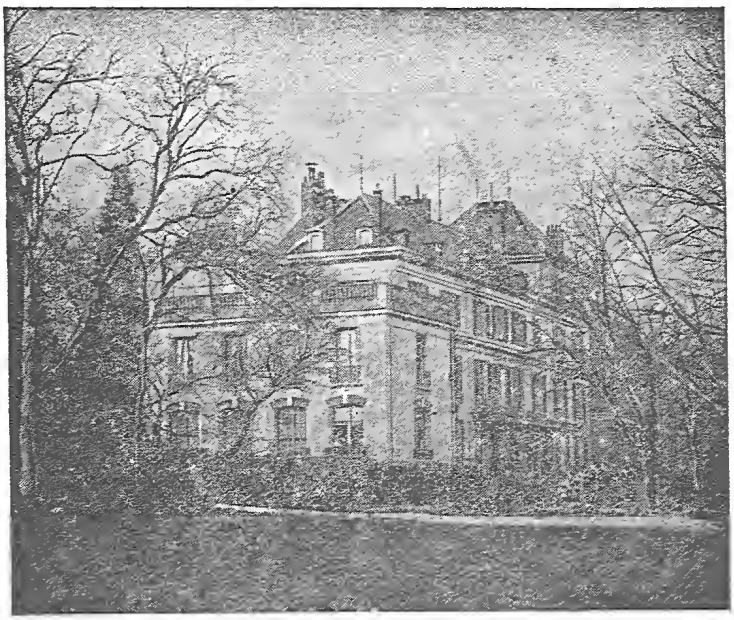
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Nayrac et Lassure. — Cinq cas de syndrome de Guillain-Thaon 90
H. Roger. — La polynévrite apiolique 91
Froment et Spindler. — Le tonus postural de l'homme est en partie régi par des réflexes conditionnels. La rigidité de vigilance en dépend 91
Froment, Cuche et Spindler. — L'insécurité statique sans déséquilibre ni émotion alerte inconsciemment la musculature posturale et exhausse parfois notablement le métabolisme d'un homme debout 91

Société française de Psychologie

Séance du 19 mai 1932

A. Tournay. — L'action régulatrice du Sympathique sur la sensibilité 92

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 4 juin 1932

A. Ley. — Un cas de sclérose tubéreuse sans troubles des fonctions cérébrales 93
Alexander. — Remarques sur quelques délinquants tardifs 94
Verstraeten. — Sur l'utilité de l'abcès de fixation et de la malariathérapie 94

Société belge de Neurologie

Séance du 4 juin 1932

Laruelle et Divry. — Un cas de spasme de torsion 95
Divry, Christophe et Moreau. — Deux cas de médulloblastomes 96
J. Ley et J. Titeca. — Etude physio-pathologique de deux cas de myopathie familiale. 97
P. Cambier et J. Dagnelie. — Etude anatomo-clinique d'une forme atypique de sclérose latérale amyotrophique 97
D'Hollander et Rouvroy. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. — Inoculation au cobaye et au pigeon 98
P. Borremans et L. Van Bogaert. — Méningo-encéphalite diffuse évoluant chez une malade atteinte de tumeur cérébrale. Origine endocardique du syndrome infectieux ? 98

(*Suite du sommaire page VI*).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CLINIQUE

DE

SAINT-CLOUD

2, Avenue Pozzo-di-Borgo — *Téléph. : Auteuil 00-52*



Drs D. MORAT et Alice SOLLIER (Mme)

Largement ouverte à tous les médecins pour le traitement des **maladies du système nerveux** et des **intoxications** (morphine, cocaïne, alcool). **Cures de régime et de repos.**

Ni aliénés, ni contagieux, ni malades bruyants

Renseignements tous les jours, de 2 h. à 5 h., à la Clinique

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII[e] Congrès de Médecine légale de Langue française

Paris (23, 24 et 25 mai 1932)

E. Martin. — Les lésions du foie dans la mort par submersion (1er rapport) 99
Naville et de Morsier. — Traumatismes et syndromes parkinsoniens (2e rapport) 99
Lande et Dervillee. — Sur un cas de syndrome parkinsonien évoluant à la suite d'un traumatisme périphérique 101
Genil-Perrin. — La psychanalyse en médecine légale (3e rapport) 101
Communications diverses. — Le vol généreux par Heuyer et Dublineau. — Altérations osseuses tardives chez les grands amputés de guerre, par M. le professeur Balthazard. — Preuves de suicide par aspect des taches de sang sur la main droite, par M. le professeur Balthazard. — Périarthrite scapulo-humérale avec calcification et ossifications périarticulaires, par M. le professeur Mauclaire. — Rupture traumatique d'une rate pathologique dans les suites d'un accident du travail, par M. le professeur Sorel. — Le choc alvéolaire dans la submersion, par MM. les professeurs Leclercq et Muller. — Empreintes d'étoffes sur des balles de plomb, par MM. Piédelièvre et Pierre-E. Martin. — Les réactions nucléaires dues aux toxiques par M. le professeur de Laet 107

Réunion Européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales

Rudin. — Eugénique et prophylaxie mentale (1er rapport) 108
E. Toulouse, R. Dupouy et A. Courtois. — Les services ouverts pour psychopathes (2e rapport) 109
H. Bersot. — Projet d'unification internationale de la statistique des aliénés (3e rapport). 111

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Exellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

Communications diverses : Sur la nouvelle organisation de l'assistance aux psychopathes en Espagne, par M. J. Germain. — Psychiatrie comparée et hygiène mentale, par MM. Sacristan et J. Germain. — Quelques suggestions à propos de la future activité de la Ligue Internationale d'Hygiène mentale, par M. Mira. — Prophylaxie du suicide, par M. Placzek. 112

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

W. Boven. — La science du caractère. Essai de caractérologie générale 113
P. Quercy. — L'Hallucination (t. I et II) 114
R. Targowla et J. Dublineau. — L'intuition délirante 117
G. Robin. — L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde 118
G. Robin. — L'enfant distrait et inattentif 118

Psychologie.

E. Raiga. — L'envie. Son rôle social 119

Neuro-psychiatrie.

H. Roger. — Les troubles du sommeil. Hypersomnies, insomnies, parasomnies 120
Chiray et P. Chêne. — Les dyspepsies nerveuses 120

Neurologie.

S.-E. Jeliffe. — Psychopathologie des mouvements involontaires et des crises oculogyres de l'encéphalite léthargique 121
N. Jonesco-Sisesti. — La Syringobulbie. Contribution à la physiopathologie du trone cérébral. 122

Hygiène et prophylaxie.

J. Roubinovitch. — L'adolescence 122
J. Lundahl. — Sur l'hygiène mentale 123

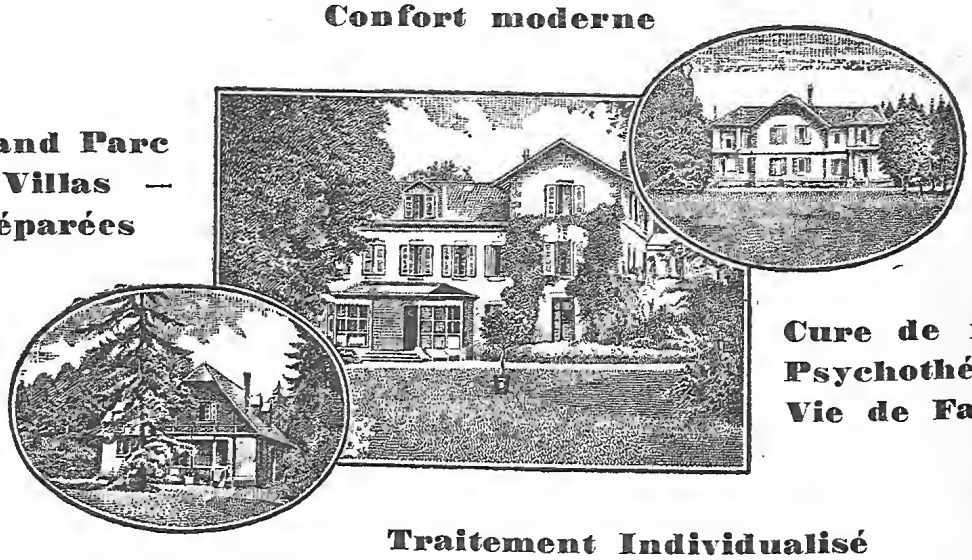
(*Suite du sommaire page X*).

LA MÉTAIRIE

— Près NYON (Suisse) —

Maison de santé privée de premier ordre

Confort moderne



Grand Parc
— Villas —
séparées

Cure de repos
Psychothérapie
Vie de Famille

Traitement Individualisé
des MALADIES NERVEUSES et MENTALES
de L'ALCOOLISME et des TOXICOMANIES

Thérapeutique par le travail : ateliers, leçons, etc.
Médecin Directeur Dr F. Dizard — Médecin adjoint Dr M. Guillerey

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Thérapeutique.

Mlles H. Hoffer et Angles. — Rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires 123

E.-E. Lauwers. — Introduction à la chirurgie nerveuse 124

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Dates des séances 125

Asiles publics d'aliénés :

Nominations 125

Association mutuelle des médecins aliénistes de France 125

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Limoges, 25-30 juillet 1932) 126

Congrès de médecine légale de langue française 127

Société de Prophylaxie criminelle 127

Congrès belge de neurologie et de psychiatrie 128

INFORMATIONS

Tomarkin-Foundation Locarno : IVe Cours international de perfectionnement pour médecins (Milan, 12 sept. — 2 oct. 1932) XII

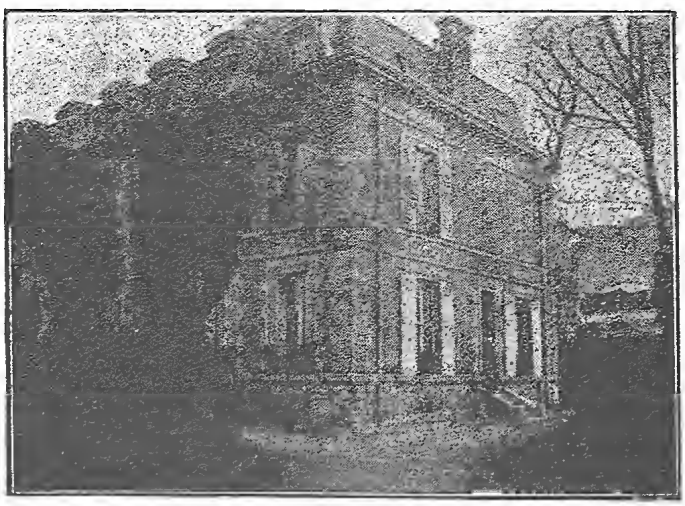
Xe Congrès International de Psychologie (Copenhague (Danemark), 22-27 août 1932) ... XVIII

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

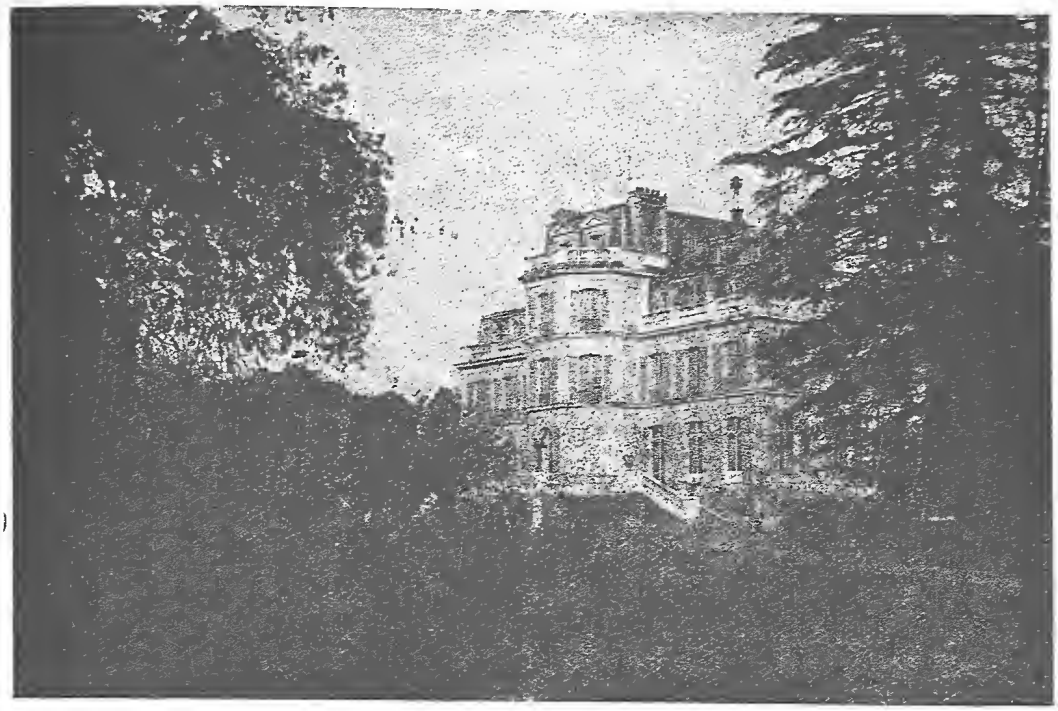
CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants amèliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

INFORMATIONS

TOMARKIN-FOUNDATION LOCARNO

IVe COURS INTERNATIONAL DE PERFECTIONNEMENT POUR MÉDECINS sous les auspices de l'Université Royale de Milan

Milan 12 septembre-2 octobre 1932

Le *IVe Cours international de Perfectionnement pour Médecins* de la *Fondation Tomarkin-Locarno* aura lieu à *Milan* du *12 septembre au 2 octobre 1932*. Le Cours sera organisé par la Fondation Tomarkin sous les auspices de l'*Université Royale de Milan*.

Il est prévu que les thèmes qui seront traités pendant ce Cours comprendront les spécialités suivantes : Maladies du cœur, Cancer, Vaccination antidiphtéritique, Neurologie (Neurosyphliis, Sclérose en plaques, Poliomyélitis), Hormones.

Jusqu'à ce moment les professeurs-conférenciers suivants ont accepté l'invitation et assuré leur coopération à ce Cours : E. Abderhalden, Halle. —

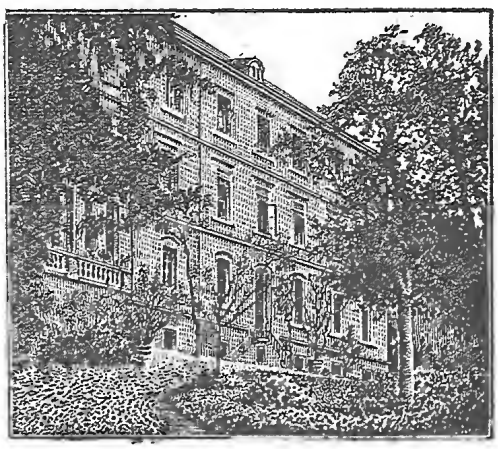
(*A suivre, page d'annonces XIV*).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME,** Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET,** Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

TOMARKIN-FOUNDATION LOCARNO

IVe COURS INTERNATIONAL DE PERFECTIONNEMENT POUR MÉDECINS

sous les auspices de l'Université Royale de Milan

Milan 12 septembre-2 octobre 1932 (suite)

H. Alexander, Agra. — M. Ascoli, Palermo. — L. Asher, Bern. — E. Bertarelli, Pavia. — R. Bing, Basel. — Fr. Blumenthal, Berlin. — L. van Bogaert, Anvers. — J. Bordet, Bruxelles. — Th. Brugsch, Halle. — A. Dustin, Bruxelles. — G. Fichera, Pavia. — C. Foà, Milano. — A. Gigon, Basel. — B. Gosio, Roma. — C. Heymans, Gand. — A. von Korànyi, Budapest. — E. Laqueur, Amsterdam. — Ch. Laubry, Paris. — J. Lépine, Lyon. — R. Leriche, Strasbourg. — C. Levaditi, Paris. — E. Löwenstein, Wien. — Th. Madsen, Kopenhagen. — E. Morelli, Roma. — C. von Noorden, Wien. — L. M. Pautrier, Strasbourg. — N. Pende, Genova. — F. Pentimalli, Perugia. — Cl. Regaud, Paris. — P. Rondoni, Milano. — G. Roussy, Paris. — F. Rusca, Locarno. — H. Sachs, Heidelberg. — D. Sarason, Berlin. — F. Sauerbrueh, Berlin. — A. Schittenhelm, Kiel. — Lina Stern, Moskou. — M. Taute, Berlin. — P. Uhlenhuth, Freiburg-i-B. — R. von der Velden, Berlin. — W. Weichardt, Wiesbaden. — C. Wilmanns, Heidelberg. — L. Zoja, Milano.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au Secrétariat de la Fondation Tomarkin, Case postale 128, Locarno (Suisse).

(*A suivre, page d'annonces XVIII*).

ANÉMIES

Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires : Tuberculose. Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques : Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE sont justiciables du

TRAITEMENT DE WHIPPLE PAR L'

HÉPATROL

Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES

Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IVe

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

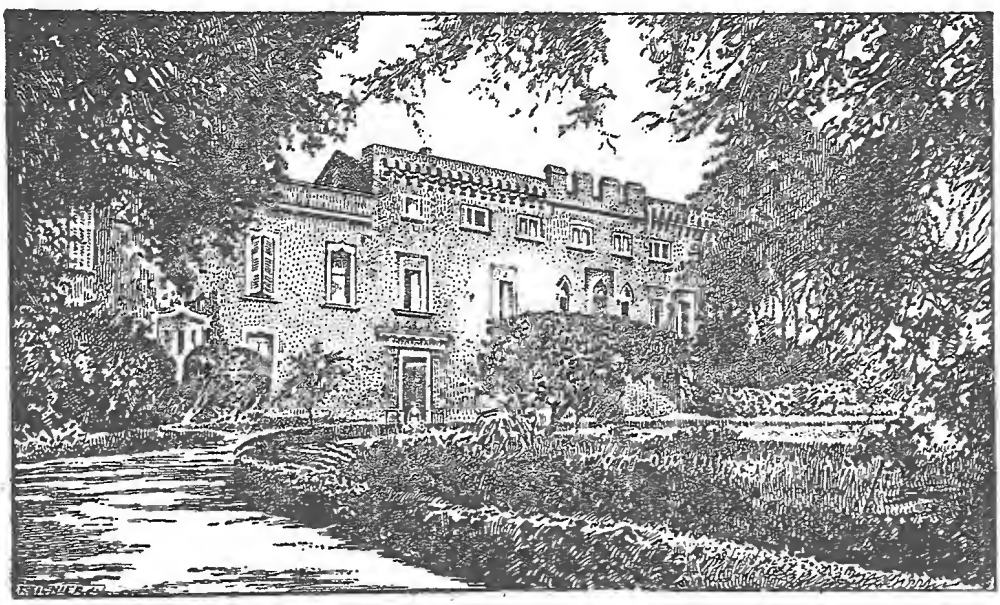
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

EN
INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES

l'ACÉTYLARSAN

RÉUNIT LES
CONDITIONS
REQUISES
PAR LES
DIFFÉRENTES
MODALITÉS DU
TRAITEMENT
ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT
D'ASSAUT

TRAITEMENT
D'ENTRETIEN

TRAITEMENT
D'ÉPREUVE

HEREDO-SYPHILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

Georges DUMAS. — La mimique vocale 129
Raymond MALLET. — Autoconduction. Automatisme. Cénesthésie..... 157

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 21 juillet 1932

Correspondance 169
Subvention du Conseil Municipal de Paris 170
RONDEPIERRE et TAQUET. — Un cas d'hérédité précessive 170
DUPOUY et PICHARD. — Une tentative étrange de suicide. Considérations sur le suicide « favorisé » 173
CLAUDE, BARUK et Henri EY. — Hallucinose auditive chez une syphilitique arséno-résistante 178
BOREL et Henri EY. — Obsession hallucinatoire zoopathique guérie par psychothérapie 181
TOULOUSE, A. COURTOIS et P. SIVADON. — Séquelles mentales de diphtérie avec complications nerveuses 185
HEUYER et BAILLE. — Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère 194
Henri CLAUDE. — A propos de l'anatomie pathologique de la démence précoce 195
E. JOAKI et J. RONDEPIERRE. — Délire aigu d'origine alcoolique 197

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 7 juillet 1932

A. Thomas, H. Schaeffer et Folly. — Syringomyélie à évolution rapide. Discussion du traitement 204
Ludo van Bogaert et Yvan Bertrand. — Etude anatomo-clinique d'une forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive . 205
Ludo van Bogaert et Yvan Bertrand. — Etude anatomique d'une méningo-encéphalite diffuse subaiguë non démyélinisante 205
Barré et Greiner. — Caractéristiques des troubles nerveux dans la thrombo-phlébite cérébrale 205
Tinel et Eck. — Syndrome strié aigu d'agitation choréique du membre supérieur gauche avec fracture spontanée de la clavicule. Origine syphilitique probable 206
Mollaret. — Contribution à l'étude clinique et étiologique de l'hémiatrophie faciale progressive 206
O. Crouzon. — Aphasie de Wernicke avec automatisme verbal 206
Crouzon, Christophe et Mlle Laguerrière. — Deux cas de paraspasme facial et bilatéral 206
Paul Brodin et J. Lhermitte. — Paralysie amyotrophique à début brusque et douloureux et à localisation cervico-brachiale. Leur ressemblance avec les paralysies post-sérothérapiques 207
Guillain et Bize. — Présentation des observations de deux enfants d'une même famille, atteints de paraplégie spasmodique familiale 207
J. Lhermitte, Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Miget. — Sur les différentes variétés de narcolepsies 207
Clovis Vincent et Darquier. — Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie oculaire pure. Opération. Adénome chromophobe suprasellaire 207

Société de Médecine légale de France

Séance du 13 juin 1932

Duvoir, Pollet, Henri Desoille et Marcel Cachin. — Vingt-sept ans de morphinomanie, guérison « spontanée », définitive. Cicatrices cérulécnnes 208
Henry Claude et Paul Schiff. — De la nécessité administrative des annexes psychiatriques dans les prisons. A propos de deux cas. 209

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 2 juillet 1932

Van den Bosch. — Dégénérescence et glandes endocrines 210

(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bieu-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

GOEMANS. — Erotomanie 210
SANO. — Myosite ossifiante 211
SANO. — L'hydrocéphalie 211
SANO. — Le traitement des malades mentaux à la Colonie de Gheel 211

Groupement belge d'Etudes Oto-Neuro-Oculistiques

Séance du 25 juin 1932

DE BUSSCHER. — Troubles encéphalitiques à répartition diffuse, lentement progressifs chez un homme de 37 ans, survenus immédiatement après une fièvre typhoïde, en 1916. 211
KLEEFELD et LEROY. — A propos de la pathogénie des névrites rétrobullaires 212
HELSMOORTEL Junior. — Névrite double de l'acoustique au cours d'une méningo-encéphalite ourlienne 212
Ludo VAN BOGAERT. — A propos d'un anévrysme suprasellaire 212
H. HENNEBERT. — Particularité du signe fistulaire dans un cas de labyrinthite hérédo-syphilitique 212
VAN DEN BRANDEN. — Diagnostic des lésions vestibulaires centrales et périphériques ... 213
GALANT. — Syndrome de Collet 213
BUYS. — Un cas de lésion d'un hémisphère cérébral à nystagmus provoqué plus énergique du côté sain 213
BUYS. — Un cas de nystagmus spontané dirigé alternativement vers la droite et la gauche 213

Société catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séances des 7 et 24 mai 1932

A. SUBIRANA. — Syndrome de sclérose combinée subaiguë de la moelle avec anémie : présentation de la maladie après une année de traitement 214
J. FUSTER. — L'épreuve psychologique des « P » chez les délinquants habituels .. 214
Conditions pour la création d'un Patronage d'Assistance psychiatrique sociale 214

Séance solennelle du 11 juin 1932

B. RODRIGUEZ-ARIAS. — L'organisation psychiatrique en Catalogne: orientation proposée par les spécialistes 215
L. MOLES. — L'aspect juridique du Décret sur l'assistance de malades psychiques 215
A. RODRIGUEZ-MARINI. — La contribution des aliénistes catalans au progrès de la Psychiatrie 216

Séance du 21 juin 1932

B. RODRIGUEZ-ARIAS et JUNCOSA. — Crises gastriques tabétiques : inutilité du traitement 216
A. SUBIRANA. — Craniectomie décompressive spontanée 217

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CLINIQUE

DE

SAINT-CLOUD

2, Avenue Pozzo-di-Borgo — *Téléph. : Auteuil 00-52*



Drs D. MORAT et ALICE SOLLIER (Mme)

Largement ouverte à tous les médecins pour le traitement des **maladies du système nerveux** et des **intoxications** (morphine, cocaïne, alcool). **Cures de régime et de repos.**

Ni aliénés, ni contagieux, ni malades bruyants

Renseignements tous les jours, de 2 h. à 5 h., à la Clinique

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXXVI[e] Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

(Limoges, 25-30 juillet 1932)

Séance inaugurale 219

Rapports et discussions

A. Delmas. — Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie 219
Moreau. — Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche du cerveau 224
J. Lauzier. — La protection des biens des psychopathes. Le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devait jouer ... 226

Communications

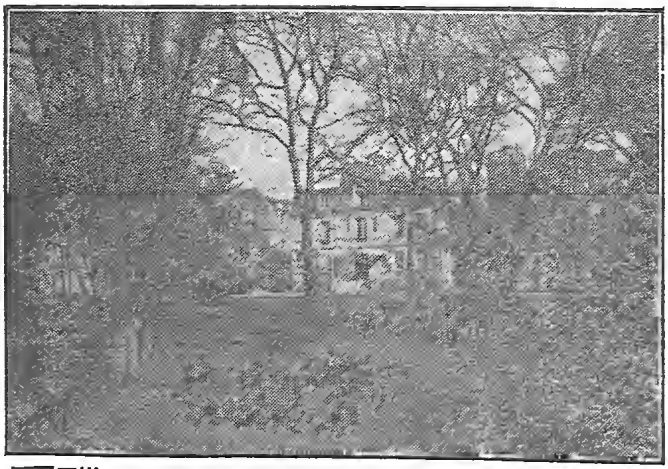
P. Courbon et J. Tusques. — La dynamique et la statique des constitutions 229
H.-M. Fay. — Les constitutions mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie ... 230
L. Neuberger. — Faut-il admettre les constitutions « schizoïde » et « épileptoïde » ? 230
Alexander. — La connaissance des constitutions et la psychothérapie 230
W. Boven. — Morphologie et caractérologie (en particulier des délinquants) 230
G. Petit. — Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal en psychiatrie : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique . 231
G. Petit. — Du rôle prédominant des infections par ultravirus dits neurotropes dans le déterminisme des psychoses et des psychopathies 231
A. Ley. — Complexe et délire 232
Privat de Fortunié. — Les psychoses paranoïdes 232
F. d'Hollander et Ch. Rouvroy. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon 232
Cestan, Rizer, Labro et Mlle de Vals. — De la sclérose en plaques aiguë 233

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Exellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442
SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL,** Privat Docent à l'Université de Genève

H. Roger et Hanger. — Microcéphalie et encéphalopathie chez un infantile « enfant du radium » 233
E. Laubie. — Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale .. 233
V. Vondracek. — Sur l'influence de quelques substances pharmaeo-dynamiques sur le système nerveux 233
Demerliac et Dupytout. — Sur un eas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutif à une atteinte du nerf cubital droit avce syndrome de Claude Bernard-Horner ... 234
Demerliac et Dupytout. — Sur un eas de syringomyélie avec mutilation des doigts ... 234
Donaggio. — Comportement d'une réaction partieulière du liquide eéphalo-raehidien et de l'urine dans des conditions diverses ... 234
Lasnet et Porot. — L'organisation de l'Assistance psychiatrique en Algérie 234
Alexander. — Le rôle du Dispensaire d'Hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la proteetion des biens de certains malades mentaux 234
Laignel-Lavastine et H.-M. Fay. — Opothérapie épiphysaire ehez les arriérés verbaux .. 235
P. Verstraeten. — Les indications de la malariathérapie en psychiatrie 235
A. Léonet. — L'hyposulfite de magnésium en psychiatrie 235

XII[e] Réunion neurologique internationale annuelle

(Paris, Salpétrière, 31 mai et 1er juin 1932)

J. Abadie. — Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies 236
Ph. Pagniez. — Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogénie de l'épilepsie 243
O. Crouzon. — Acquisitions récentes concernant la symptomatologie 247
O. Crouzon. — Etat actuel du traitement de l'épilepsie 248
O. Crouzon. — Anatomie pathologique de l'épilepsie 249
J. Abadie. — L'épilepsie psychique 249
O. Crouzon. — Etat actuel des questions sociales concernant l'épilepsie 250

Communications sur les épilepsies

P. Courbon et Mme Francès. — Inconscience de l'épileptique vis-à-vis de la gravité de ses crises 252
P. Cossa et Destres. — Quatre cas d'épilepsie d'origine pleuro-pulmonaire 252
Puusepp. — Traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique 252

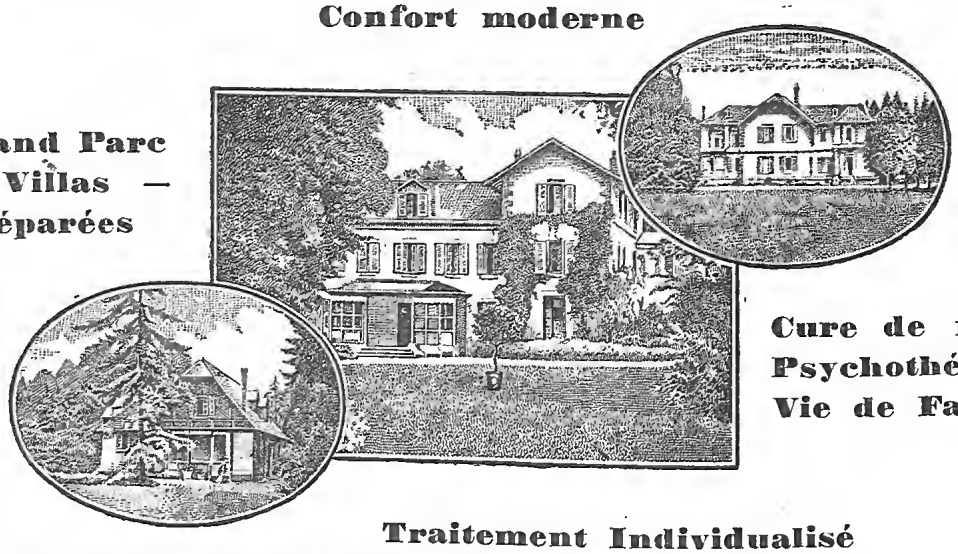
(Suite du sommaire page X).

LA MÉTAIRIE

— Près NYON (Suisse) —

Maison de santé privée de premier ordre

Confort moderne



Grand Parc
— Villas —
séparées

Cure de repos
Psychothérapie
Vie de Famille

Traitement Individualisé
des MALADIES NERVEUSES et MENTALES
de L'ALCOOLISME et des TOXICOMANIES

Thérapeutique par le travail : ateliers, leçons, etc.
Médecin Directeur Dr F. Dizard — Médecin adjoint Dr M. Guillerey

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

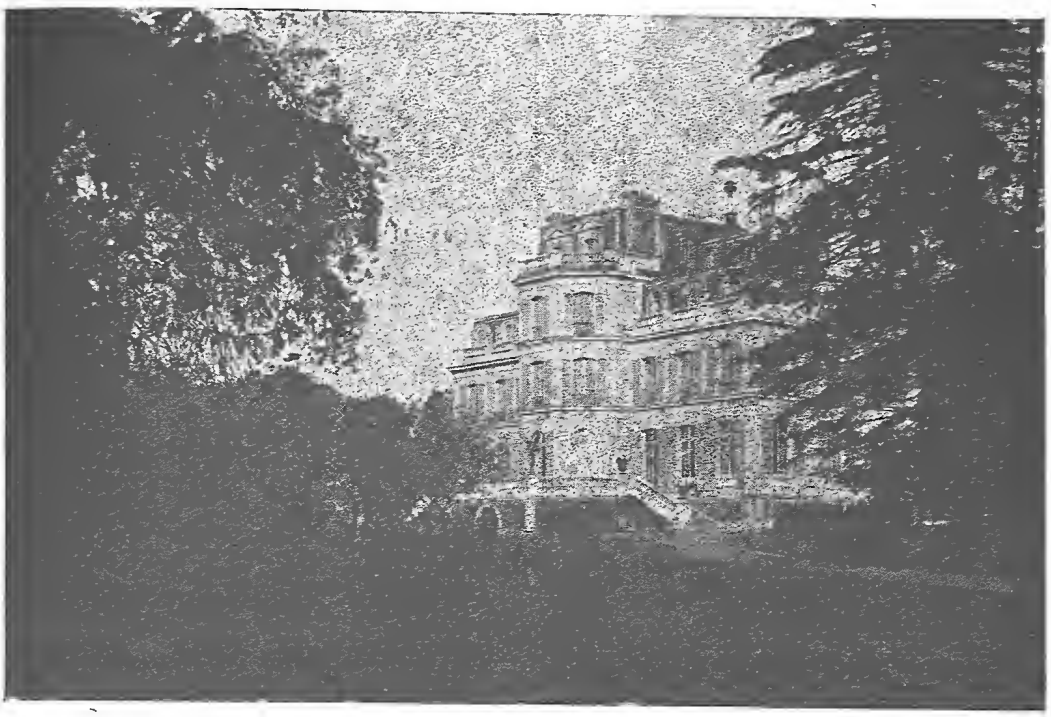
RISER, DUCOUDRAY et PLANQUIES. — L'épilepsie jacksonienne par vascularite 252
BRUNSCHWEILER. — Epilepsie et variees méningées 253
JENTZER et DE MORSIER. — Traitement chirurgical des erises jacksoniennes post-apoplectiques 253
MORIN. — A propos de la thérapeutique de l'épilepsie 253
POROT. — Paludisme et épilepsie 253
R. GARCIN et LAPLANE. — Phénomène de Magnus et de Kleyn transitoire du côté malade chez une hémiplégique ancienne au cours d'un état de mal épileptique 253
RISER, DUCOUDRAY et LAPORTE. — L'épilepsie solitairc des tumeurs cérébrales 253
HEUYER et DUBLINEAU. — Les convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie 254
SUBIRANA. — Calcification intra-eérébrale chez un épileptique 254
SALMON. — Données expérimentales et cliniques à l'appui d'un centre végétatif épileptogène dans la région di-encéphalique 254
BOLSI. — Sur le rôle des spasmes vasculaires dans la pathogénie des déeès épileptiques 254
BRUNSCHWEILER. — Hyperkinésie d'allure épileptique. Crises épileptiques simulant la chorée chronique 254
BRUNSCHWEILER. — Epilepsie avec hypotension crânienne probable 255
SCHROEDER et JACOBSEN. — Note statistique sur l'épilepsie 255
ETIENNE. — Rôle des spasmes vasculaires, des troubles endocriniens et des troubles vago-sympathiques dans la pathogénie de l'épilepsie 255
A. TOURNAY. — Sur la physiologie pathologique des épilepsies 255
DIDE. — Clinique, pathologie et traitement des épilepsies 255
FEDELO NEGRO. — Hippus et mydriase avec rigidité pupillaire pendant la période interconvulsive 255
Y. DELAGENIÈRE. — Le procédé d'H. Delagenière dans le traitement de l'épilepsie essentielle 256
LAUWERS. — Le traitement chirurgieal de l'épilepsie 256

Exposé des travaux du Fonds Déjerine

BAUDOUIN et SCHAEFFER. — Rapport sur l'épreuve de l'hyperpnée dans l'épilepsie 256
L. CORNIL. — Classification des tumeurs neuro-ectodermiques primitive de la moelle, des racines et de leurs enveloppes 257

(*Suite du sommaire page XII*).

ANÉMIES
Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose, Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc,
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du
TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'
HÉPATROL
Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

J.-D. Rolleston. — Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881). Un pionnier de la Cardiologie et de la Neurologie 258
J. Pavlow. — La physiologie et la pathologie de l'activité nerveuse supérieure 258
H. Agadjania. — Analyse physiologique et clinique des processus d'inhibition 258
A.-B. Janisevskij. — Sur la conception biologique du sommeil 259
H.-A. Cave. — Narcolepsie 259
I.-M. Allen. — La dissociation des mouvements volontaires et émotionnels de la face ; étude spéciale des signes de la paralysie émotionnelle 259
A. et J. Ley. — L'Alexie et l'Agraphie d'évolution 260
P. Ranschburg et E. Schill. — Alexie et Agnosie 260
Carlo de Sanctis. — Un paragraphe de séméiologie neuro-psychique. Le syndrome aparctico-apbasique 261
R. Brun. — La question de l'ataxie frontale (un nouveau symptôme du cerveau frontal) 262
D. Saric. — A propos de la question de la formule végétative dans les psychonévroses 262
D. Taddei. — Sympathicose abdominale .. 262
A. Thomas et Ch. Kudelski. — Syndrome de la chaîne sympathique lombaire; séminome 263
R. Leriche. — Les douleurs des moignons d'amputation 263
C.-A. Castano et A. Introzzi. — Le sympathique en gynécologie 264
C. Laredo et G. de Vega. — Etudes sur le système neuro-végétatif dans la tuberculose pulmonaire 264
A. Salmon. — Un centre végétatif épileptogène existe-t-il dans la région diencéphalique ? 264
S.-B. Wortis. — Convulsions expérimentales 264
J. Notkin, H.-C. Combs et F.-H. Pike. — Observations cliniques et expérimentales sur le signe de Babinski, les réactions cardio-vasculaires, les modifications respiratoires et pupillaires au cours des états convulsifs et post-convulsifs de l'épilepsie généralisée et expérimentale 265

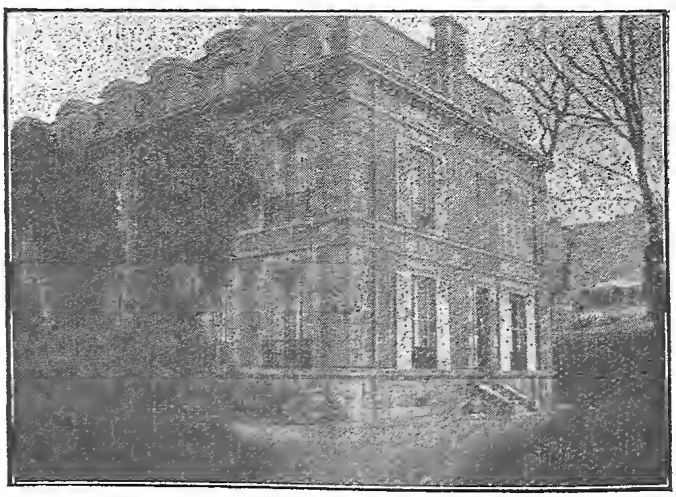
(*Suite du sommaire page XIV*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le Dr Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

Dr **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

Dr **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

G. Lévy. — Les formes conscientes de l'automatisme verbal et leurs analogies avec certaines manifestations de l'automatisme comitial (pallalie, écholalie, échopallalie aphone) ... 265
R. Amyot. — Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée, délire épileptique 265
V.-U. Giacanelli. — Des rapports entre l'apparition des accès épileptiques et la période de menstruation 266
G.-W. Swift. — La fosse postérieure dans l'épilepsie 266
E. Geert-Jorgensen. — Deux cas de tétanie parathyroïdoprive combinée à l'épilepsie . 266
J. Saucier. — Syndrome d'hypertension intracrânienne. La méningite dite « séreuse » .. 267
A. Barbeau. — Transformations psychosiques du syndrome mental chez des paralytiques généraux malarisés 267
B. Badt. — Sur 57 cas de tumeurs cérébrales non diagnostiquées (Considérations sur la symptomatologie des tumeurs cérébrales) 267

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Date des séances 268
Nécrologie 268
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 268
Légion d'honneur 268
Médaille d'honneur de l'Assistance publique 269
Médaille de l'Education physique 269
Nomination 269
Inauguration de la Bibliothèque médicale de l'Asile Ste-Anne 269
La nouvelle législation espagnole sur l'assistance psychiatrique 269
La stérilisation des dégénérés 272

INFORMATIONS

Commémoration de l'œuvre du Professeur Jean Boulenger XVIII
Congrès belge de neurologie et de psychiatrie XXII

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout . CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

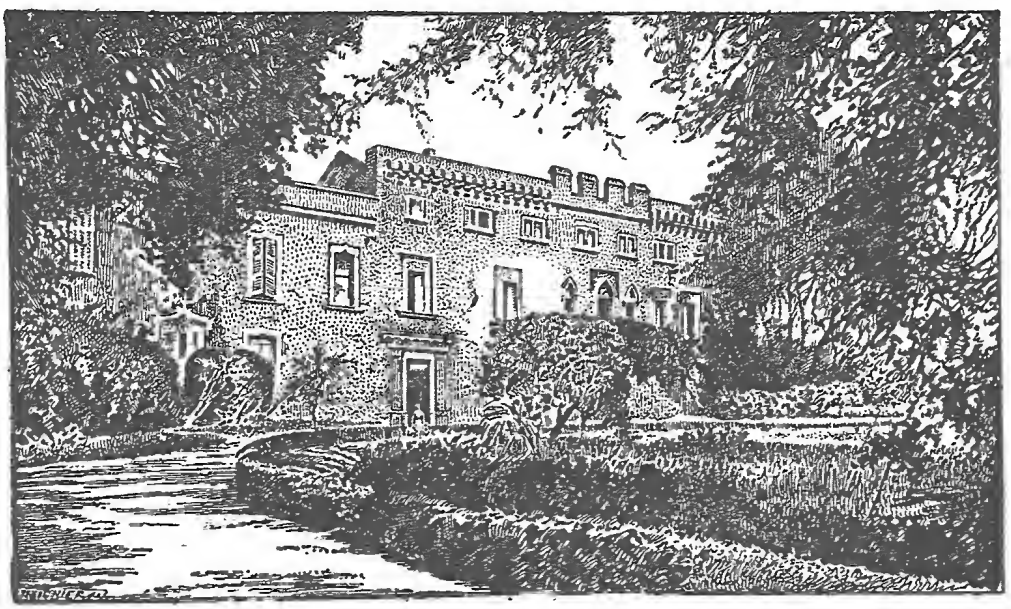
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

Gardénal

PHÉNYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0gr,10, 0gr,05 ET 0gr,01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3ème

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

Henri CLAUDE et Henri EY. — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions 273

HEUYER et BAILLE — Tests moteurs dans l'orientation professionnelle des anormaux de l'intelligence et du caractère 317

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Statuts 332

Séance du lundi 24 octobre 1932

Décès du Dr Marc Trénel, ancien président 340

Adoption du procès-verbal 342

Correspondance 342

Décret modifiant les statuts de la Société 343

Reconnaissance d'utilité publique du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française 343

Date de l'Assemblée générale de décembre 343

Election d'un membre associé étranger 343

BUSSARD et P. CARRETTE. — Les érythèmes toxiques au cours des états psychopathiques 344

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan

L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

E. Martimor et J. Brzezinski. — Confusion mentale et pyélonéphrite 348
H. Baruk, Max Bidermann et Albane. — Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux 352
X. et P. Abély et H. Couléon. — Recherches biologiques dans la démence précoce 359
X. et P. Abély, Passer et Couléon. — Essais de greffes pluriglandulaires et expériences consécutives dans la démence précoce. 367

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XI[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie

(Gand, 24-25 septembre 1932)

J. Dagnelie, R. Dubois, P. Fonteyne, R.-A. Ley, M. Meunier et L. Van Bogaert. — Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance (1[er] Rapport) 373
Ch. Massaut. — Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux (2[e] Rapport) 375
D'Hollander et Rouvroy. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculations au cobaye et au pigeon 376
Dewulf. — Présentation de malades 376
De Vos. — Encéphalopathies familiales infantiles 376
L. Vervaeck. — La répartition psychiatrique des délinquants anormaux internés en vertu de la loi belge de défense sociale 376
De Stella. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux 376
Dauwe. — Proportion des syphilis nerveuses dans la pratique courante 376
A. Leroy. — Neurasthénie et inflammation disséminée du système nerveux 377
P. Van Gehuchten. — Un cas d'hémorragie pédonculaire avec paralysie des mouvements conjugués des yeux 377
Laruelle. — Syndrome amyostatique 377
S. Hamel. — Les rapports de la psychose hallucinatoire et de la syphilis du cerveau 377
Folly et Coffiney. — Epilepsie par tumeur kystique résultant d'une porencéphalie acquise.

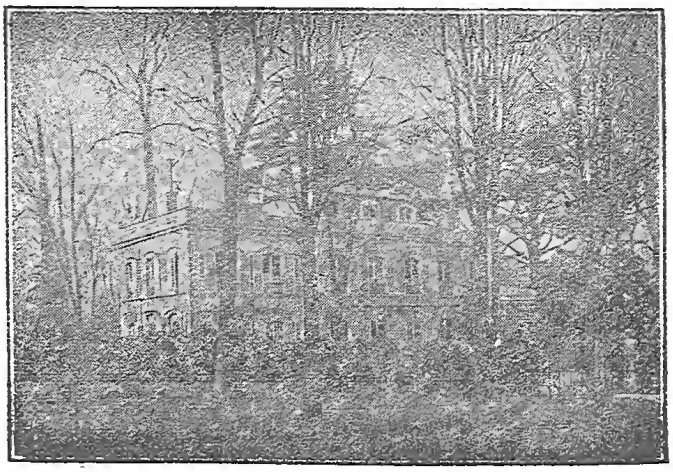
(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

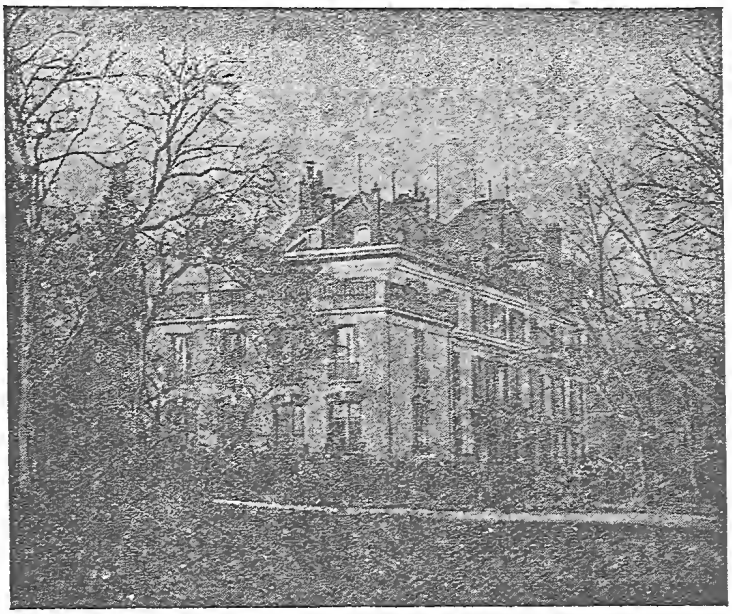
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ **Dr DURAND-SALADIN**

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Mort subite au cours d'une crise par rupture du kyste et inondation méningée 377
G. Vermeylen et J. Heernu. — Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale . 377
Achille Delmas. — Perversité et perversion émotives 377
Hamelinck. — Troubles de l'activité volontaire 378
De Busscher. — Cas cliniques 378
Hoven. — Deux cas médico-légaux d'encéphalite léthargique 378
De Greef. — Le niveau intellectuel des délinquants 378
Folly. — Etude psychologique de l'inspiration poétique considérée comme la persistance d'un état imaginatif infantile 378

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Médecine légale.

H. Claude. — Psychiatrie médico-légale .. 379

Psychiatrie.

R. Mourgue. — Neurobiologie de l'hallucination (Essai sur une variété particulière de désintégration de la fonction) 380

Neurologie.

H. Claude. — Maladies du système nerveux. 383
Alphonse Daudet. — La Doulou 383

Hygiène mentale.

Compte-rendus du 1er Congrès international d'Hygiène mentale tenu à Washington .. 384

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

G. Marinesco et Mme M.-J. Nicolesco. — Note sur un cas d'hystérie 385
Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. — Hystérie et réflexes conditionnels 385
Mme V. Dosuzkova. — Remarques sur la neurasthénie 386

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

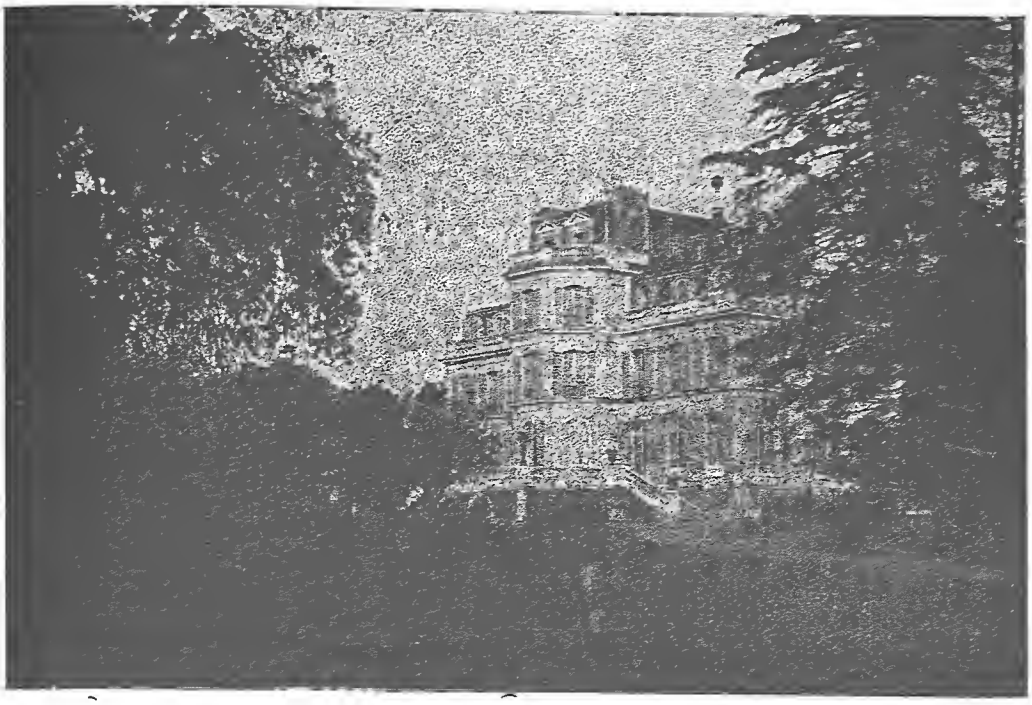
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44**.

Neuro-psychiatrie (*suite*).

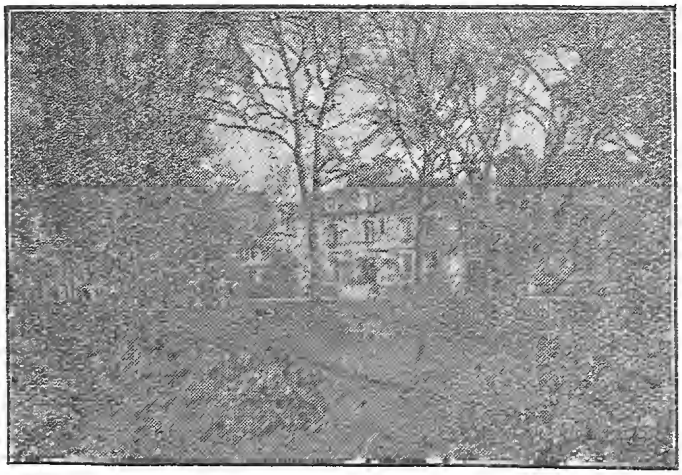
J. Frus. — Sur deux cas de neurasthénie.. 386
A. Hofman-Bang. — De l'apparition d'infiltrations chez les neurasthéniques et de leur importance symptomatique et thérapeutique. 386
Chavany, David et Gilbert-Dreyfus. — Manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aiguë 387
P. Meignant. — Sur l'étiologie tuberculeuse possible de certaines affections du système nerveux 387
Kaplan et M. Bolgert. — Les encéphalites de la vaccine et des maladies éruptives généralisées 387
L. Van Bogaert, Borremans et Couvreur. — Réflexions sur trois cas d'encéphalomyélite post-morbilleuse 388
Ghiannoulatos. — Aperçu clinique sur les séquelles nerveuses et psychiques de la dengue 388
G. Neve. — Fièvre ondulante avec étude spéciale des symptômes nerveux 389
J.-C. Yaskin. — Encéphalite non suppurée, non épidémique consécutive au travail et dans la puerpéralité 389
S. Zingg. — Contribution à l'étude de l'œdème cérébral 389
H.-I. Schou. — Les symptômes nerveux fonctionnels dans l'encéphalite épidémique chronique 389
R.-R. Steen. — La température du corps dans l'encéphalite chronique 390
M. Fog. — Encéphalite épidémique chronique à crises respiratoires et tétaniques 390
J. Sedan. — Spasmes des superogyres chez une parkinsonienne post-encéphalitique cessant immédiatement dans la position couchée .. 390
Huergo et Speroni. — Hypoesthésie affective, perversité, syndrome épileptique et mythomanie chez un post-encéphalitique 390
Camauer et Molinari. — Les troubles affectifs et émotifs, impulsions et « akairie » dans un syndrome parkinsonien post-encéphalitique 391
A.-V. Neel. — De l'hémiplégie, surtout passagère, s'observant parfois dans l'encéphalite épidémique et notamment dans sa forme larvée. 391
C. Enderle. — Malformations osseuses et syndrome strié 391
Bianchi Giuseppe. — Traumatisme et maladie de

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Exellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442
SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL,** Privat Docent à l'Université de Genève

Neuro-psychiatrie (*suite*).

Parkinson 391

W.-S. Middleton. — Evolution foudroyante de l'encéphalite épidémique 392

M. Benvenuti. — Le problème du rapport de la constitution avec les formes cliniques des syphilis nerveuses 392

A. Stief. — Sur la question des types constitutionnels dans le tabès dorsalis 392

R. Turpin. — Le mongolisme (Etude clinique et fonctionnelle) 392

C. Delfini. — Contribution à l'étude du mongolisme 393

Thérapeutique.

Mlle Lacassagne. — L'orthopsychie du Dr M. Mignard 393

A. Le Grand. — Réflexions psychiatriques. Le médecin praticien en face de la psychopathie 393

P. Rubénovitch. — Le malade, son entourage et le médecin 394

H. Hart. — L'hypnotisme dans les cliniques psychiatriques 394

J. Billström. — Etudes expérimentales sur l'hypnotisme 394

K. Kallenberg. — Le traitement de l'alcoolisme par la persuasion à l'état d'hypnose 394

A. Debidour et R. Dubois. — Influence des applications hydrothérapiques sur l'équilibre neuro-végétatif 394

R. Biot. — L'association de l'autohémothérapie et des extraits endocriniens dans le traitement de diverses psychopathies 395

R.-B. Silva et H.-M. Pinero. — Lactothérapie des états d'agitation 395

A. Leroy. — Le phénylméthylmalonylurée, médicament de choix des états mélancoliques. 395

G. Mutins. — La thérapeutique fébrile dans la démence précoce 395

G. de M. Rudolf. — Les traitements expérimentaux de la schizophrénie 396

O. Magenau. — Le traitement de la schizophrénie aiguë en cure libre 396

V. Wieser. — Le traitement de l'arriération mentale par les rayons X 396

Ph. Pagniez et A. Plichet. — Le régime cétogène dans l'épilepsie. Son application pratique. 396

J. Mouzon. — Le traitement de la narcolepsie par l'éphédrine 397

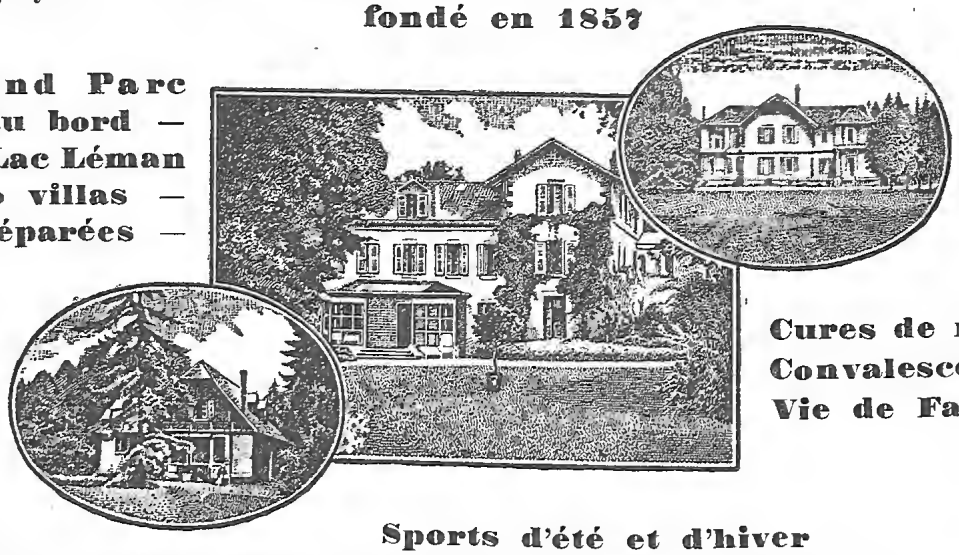
(*Suite du sommaire page X*).

LA MÉTAIRIE

— Près NYON (Suisse) —

Téléphone : 26, Nyon

Etablissement privé de premier ordre fondé en 1857



Grand Parc — au bord — du Lac Léman — 5 villas — — séparées —

Cures de repos
Convalescences
Vie de Famille

Sports d'été et d'hiver

Traitement individuel des MALADIES NERVEUSES et MENTALES et des TOXICOMANIES, dont L'ALCOOLISME.
MALARIATHÉRAPIE et toutes PYRÉTOTHÉRAPIES
3 médecins résidants. Nombreux personnel spécialisé. Demandez prospectus.
Prix modérés. — Médecin Directeur : Dr M. GUILLEREY

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Thérapeutique (*suite*).

A. Puech. — Traitement de l'hyperthyroïdie 397
L. Goldemberg. — Traitement du goitre exophtalmique et de l'hyperthyroïdisme par les injections intraveineuses de fluorure de sodium 397
C.-M. Lopez et M. Lopez-Sendón. — Sur l'emploi et la posologie de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow 398
Delherm et Morel-Kahn. — Electroradiothérapie ou chirurgie dans la maladie de Graves-Basedow 398
L. Cornil. — La thérapeutique salicylée dans les syndromes choréiques aigus 398
Teenstra et I. Visser. — Le traitement du parkinsonisme encéphalitique par l'atropine, selon la méthode d'Hirsauer 399
M.-M. Burns. — L'usage du stramonium dans le traitement de l'encéphalite 399
G. Höglund et V.-H. Jögren. — Traitement des formes chroniques de l'encéphalite léthargique par la fièvre récurrente 399
H. Claude et F. Cosie. — Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses 399
A. Marie. — Sur quelques applications de la récurrente à la paralysie générale 400
I. Kairinkstir. — Le traitement de la paralysie générale par le soufre et le benzol 400
R.-P. Mackay. — L'usage du soufre comme pyrétogène 400
C. Goria. — Sur les variations des syndromes psychiques consécutives au traitement pyrétogène dans les paralysies générales 400
E. Arwinski et A. Gradzinski. — Du traitement de la paralysie générale 400
K. Mikulski et A. Liszka. — Les ressources inexploitées de la malariathérapie 401
S. Swierczek. — Réflexions critiques sur la malariathérapie 402
M. Ducosté. — L'impaludation cérébrale 402
P. Bourgeois. — Notions nouvelles concernant la nature de la paralysie générale et l'action de la malariathérapie 403
Paulian et Bistriceanu. — La malariathérapie et les lésions cérébrales dans la paralysie générale progressive. Action de la malaria sur le Tréponéma Palidum 403
T. Cortesi. — Six ans de malariathérapie dans la paralysie générale 404

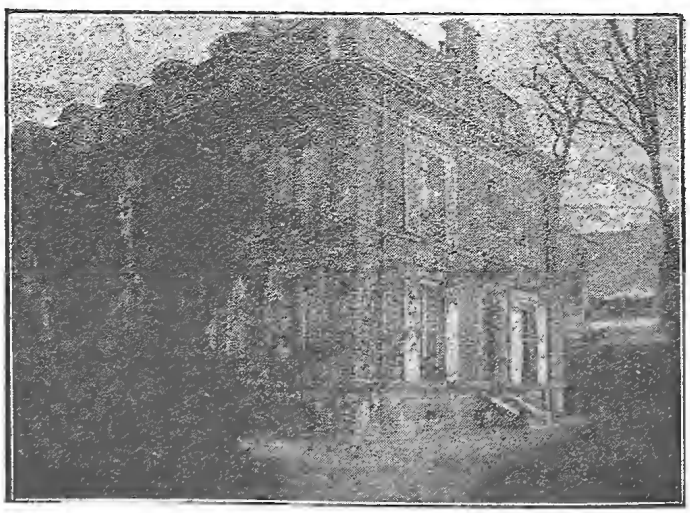
(*Suite du sommaire page XII*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le Dr Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

Dr **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

Dr **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

Thérapeutique (*suite*).

H. Bronville, J. Ley et J. Titeca. — Le grand âge et les maladies organiques sont-ils une contre-indication à la malariathérapie chez les Paralytiques généraux ? 404

J.-M. Obarrio et A.-J. Petre. — Paralysie générale progressive, diabète et malariathérapie 404

H. Schadow. — Malaria inoculée, cause de malaria congénitale 404

Iacobi et Herholtz. — Rupture spontanée de la rate au cours de la malaria inoculée 405

G. Bosch et A. Mó. — Traitement de la paralysie générale par la diathermie 405

L. Winkler. — Sur le traitement par le soufre de l'atrophie tabétique du nerf optique. 405

J. Fried. — Traitement des atrophies optiques tabétiques par le soufre 405

H.-G. Mehrtens et P.-S. Pouppirt. — L'iodobismuthol dans le traitement de la neurosyphilis 406

Gougerot. — Règles générales des traitements antisyphilitiques 406

A. Sézary. — Les paradoxes du traitement de la syphilis et le mode d'action des médications spécifiques 406

M. Balado. — Thérapeutique chirurgicale de l'hypertension crânienne 406

M. Balado. — Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales 407

V. Mazal. — Thérapeutique des tumeurs de l'hypophyse 407

Th. de Martel, Denet et Guillaume. — Traitement opératoire des tumeurs sellaires et suprasellaires 407

J. Piquet. — Les règles du traitement chirurgical de l'abcès cérébral d'origine otique 408

B. Sjövall. — Ponction sous-occipitale d'un kyste du cervelet 408

E. Starkenstein. — Les voies conduisant à l'analgésie et aux médicaments analgésiques 408

(*Suite du sommaire page XIV*).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Date des séances 409
Prix de la Société Médico-Psychologique. 409
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 410
Encore un médecin des Asiles blessé par l'un de ses malades 410
Médaille d'honneur de l'Assistance publique 410
Nominations 410
Vacances et création de postes 410
Association Amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés 411
Concours pour 12 postes de médecin des Asiles publics d'aliénés 411
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. 412
Reconnaissance d'utilité publique 412
XXXVII[e] session (Rabat, avril 1933) 412
Un écho de la XXXVI[e] session (Limoges, juillet 1932) 413
Société suisse de Psychiatrie 414
Nécrologie :
Marc Trénel 414
Ovide Decroly 415

INFORMATIONS

A. D. R. M., Section canadienne XVIII
Soixante-sixième Congrès des Sociétés Savantes de Paris et des départements (Toulouse, avril 1933) XXII
Augmentation de la pension des Mutilés des yeux XXVIII



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

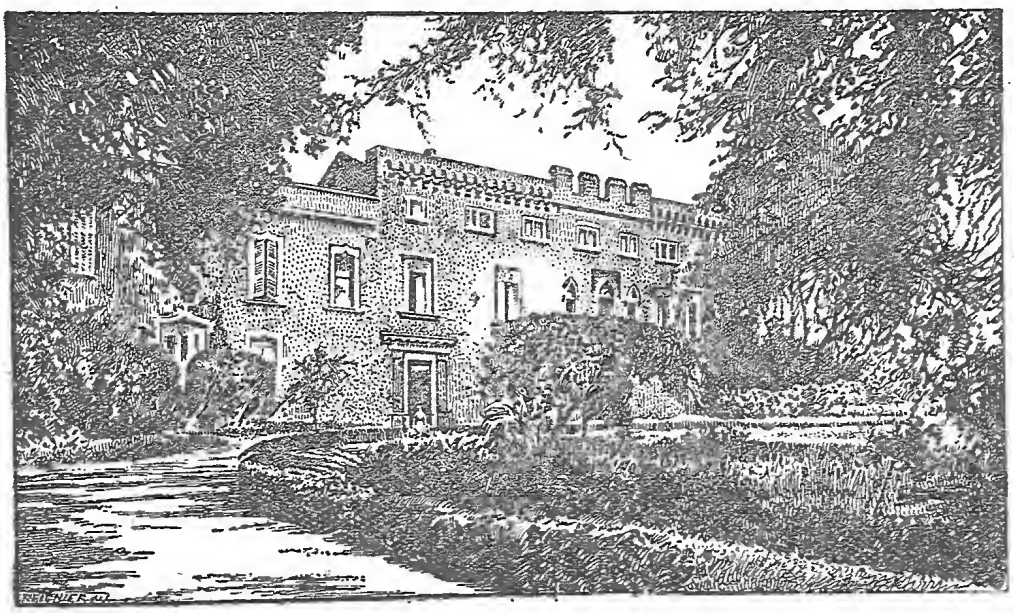
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE
GRAND PARC

SÉJOUR D'ÉTÉ
— ET D'HIVER —

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

BUTYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

SONÉRYL

HYPNOTIQUE DOUX ANTALGIQUE

PARTICULIÈREMENT EFFICACE
DANS L'INSOMNIE
CAUSÉE PAR LA DOULEUR

PAR VOIE BUCCALE
COMPRIMÉS A 0gr10, TUBES DE 20

PAR VOIE HYPODERMIQUE
SOLUTION A 10 %
BOITES DE 10 AMP. DE 2 C.C.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPÉCIA

MARQUES POULENC Frès & USINES DU RHÔNE-86, RUE VIEILLE DU TEMPLE-PARIS



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

LE PLUS MANIABLE DES HYPNOTIQUES

A CHACUN SA DOSE

SOMNIFÈNE "ROCHE"

SOMMEIL NORMAL

RÉGLABLE A VOLONTÉ

RÉVEIL AGRÉABLE

AMPOULES
TROUBLES MENTAUX
AGITATION INTENSE
CONVULSIONS, ÉPILEPSIE
ETC.

Fiche Spéciales du Tableau B

SÉDATIF PUISSANT
CONSTANT. RAPIDE
SANS DANGER

0,5 à 0,10 Centigr. et plus

GOUTTES
INSOMNIES SIMPLES
OU COMPLIQUÉES
ARTERIOSCLEROSE
ETC.

PRODUITS
F. HOFFMANN-LAROCHE & Cie
10, rue Crillon, PARIS

R.C. SEINE 167.008

INFORMATIONS

A. D. R. M. SECTION CANADIENNE

Depuis le commencement de ce siècle, le Canada français a reçu régulièrement, à l'occasion de congrès médicaux, des délégués représentant les différents groupements de la médecine française. Nous devons aussi, à l'Institut scientifique franco-canadien, la venue au pays de conférenciers très appréciés. Ces rares déplacements dévoilent notre Canada à quelques Français trop peu nombreux. Par contre, un grand nombre de médecins canadiens vont en France pour s'y perfectionner et depuis plusieurs années la phalange de nos étudiants qui séjournent dans les centres français d'enseignement s'accroît constamment. C'est donc au tour des médecins français de faire la connaissance de notre pays en rendant à leurs collègues d'outre-mer une visite collective.

Le Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui se tiendra probablement à Québec en septembre 1934 leur en fournit une occasion d'autant plus indiquée que cette ville fêtera au même moment le 4e centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier en « Nouvelle France » et le 3e centenaire de fondation de la ville des Trois-Rivières par le Sieur Laviolette.

J.-E. Dubé, M. D.,
Président A. D. R. M., Section canadienne.

Le Congrès français de médecine prévu pour l'année 1934 se tiendra à Québec.

(*A suivre, page d'annonces XXII*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

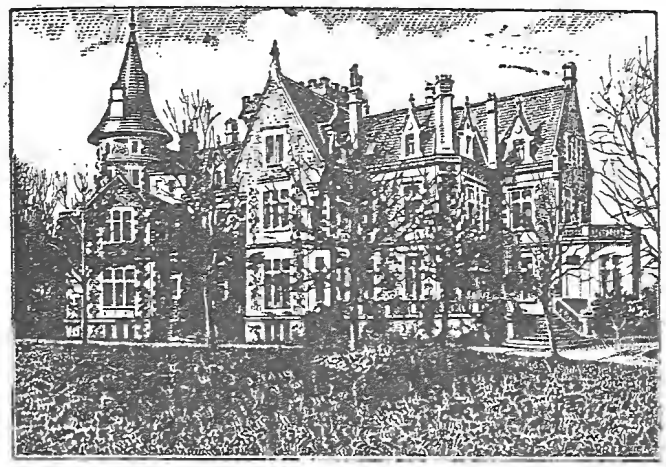
Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

LE CASTEL D'ANDORTE

342, Route du Médoc
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

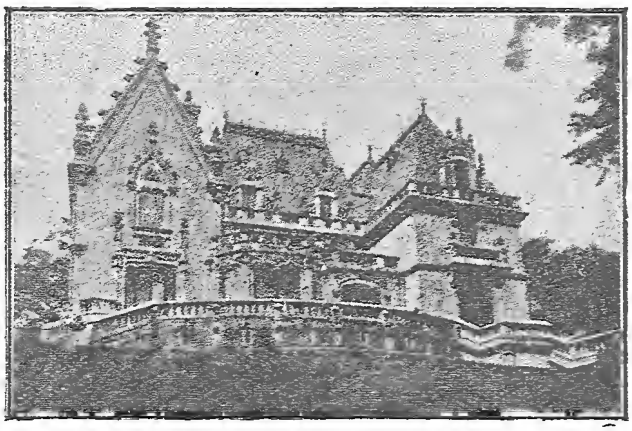
« LA SOLITUDE »

3, rue de Clamart, le Plessis-Robinson (Seine)

Téléphone : CLAMART 134

A. KLACKIN
Administrateur-Directeur

PARC DE
5 HECTARES



Dr M. MONTASSUT
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris
Directeur Médical

LUXUEUX
CONFORT

Un des points les plus élevés des environs de Paris (210 m.) a 6 km. de Paris (Porte de Châtillon et de Versailles)

PSYCHONEVROSES. NEVROSES. SYNDROMES DEPRESSIFS ET ANXIEUX

LES ÉTATS DÉLIRANTS, DÉMENTIELS ET D'EXCITATION NE SONT PAS ADMIS

SOIXANTE-SIXIÈME CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

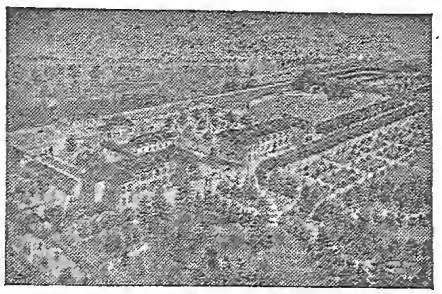
(Toulouse — Avril 1933)

Le soixante-sixième Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à Toulouse, le mardi 18 avril 1933, à 2 heures. Les journées des mardi 18, mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance générale de clôture, le samedi 22 avril, à 2 heures.

Communications faites au Congrès. — Les manuscrits, entièrement terminés, lisiblement écrits *sur le recto*, accompagnés des dessins, photographies, cartes, croquis, etc., nécessaires devront être adressés, *avant le 20 février 1933, au 2e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur.* Il ne pourra être tenu compte des envois parvenus postérieurement à cette date.

En vue de la publication au *Journal Officiel* des procès-verbaux des séances du Congrès, un résumé succinct de chaque communication devra être joint au manuscrit.

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

ANORMAUX

ARRIÉRÉS ET RETARDÉS PSYCHIQUES
INSTABLES — NERVEUX — ÉPILEPTIQUES

VILLA MARANCY

***Avenue des Lilas*, PAU (B.-P.)**

Cet établissement est situé à 2 km. de PAU, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc. Chauffage central. Electricité. :-: :-: Hydrothérapie. Confort moderne :-: :-:

RÉÉDUCATION

par nouvelles méthodes d'observation permettant de suivre de près le développement psychique et la résistance des enfants. Nombre limité de pensionnaires enfants et adultes masculins.

PENSION DE 30 A 60 Fr. PAR JOUR

ARRANGEMENTS POUR RÉGIMES

DIRECTEUR : **E. COCONAS,** professeur spécialiste

SERVICE MÉDICAL : **Dr MONESTIER,** médecin honoraire des Asiles

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

SOIXANTE-SIXIÈME CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

(Toulouse — Avril 1933)

(suite)

Il est laissé aux congressistes toute latitude dans le choix des sujets traités, qu'ils aient ou non un lien avec le *Programme*, dressé par le Comité des Travaux historiques et scientifiques. Toutefois, l'inscription à l'ordre du jour du Congrès des communications présentées sera subordonnée à l'approbation de ce Comité.

Ces prescriptions ne restreignent pas le droit, pour chaque congressiste, de demander la parole sur les questions du programme.

Conditions de participation au Congrès. — Les personnes désireuses de prendre part aux travaux du Congrès recevront, sur demande adressée, *avant le 10 mars*, à M. le Ministre — 2e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur — une carte de congressiste donnant accès dans les salles de séances.

Les compagnies de chemins de fer accorderont aux congressistes qui auront à effectuer, pour se rendre à Toulouse, un parcours simple d'au moins

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
—« PRIX MODÉRÉS »—

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

SOIXANTE-SIXIÈME CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

(Toulouse — Avril 1933)

(suite)

cinquante kilomètres, ou qui payeront pour ce trajet minimum, des autorisations donnant droit au transport à tarif réduit. Ces autorisations, valables sans arrêt dans les gares intermédiaires, comporteront :

L'aller, en toutes classes, au prix ordinaire des billets à plein tarif et le montant de l'impôt établi par les lois des 29 juin 1918 et 3 août 1926, correspondant à 15 p. 100 de l'exemption dont le congressiste bénéficiera ;

Le retour, gratuit, après visa du Secrétaire du Congrès, en même classe qu'à l'aller et par le même itinéraire.

Les congressistes désireux de profiter de ces facilités devront en aviser le 2e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur avant le 15 mars 1933, dernier délai, en indiquant exactement leur itinéraire.

Ces lettres seront valables, à l'aller : du jeudi 6 au jeudi 20 avril 1933 inclus, et, au retour : du samedi 22 avril au jeudi 11 mai 1933 inclus.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : **226** CORBEIL

LE VÉSINET
(S.-et-O.)

Téléphone : 12

- MAISON DE SANTÉ -
DE LA
VILLA DES PAGES

Fondée en 1890 par le Dr D. Raffegeau

AFFECTIONS NERVEUSES, CONVALESCENCES
ET MALADIES DE LA NUTRITION
CURES DE RÉGIMES

L'installation de 1er ordre permet l'emploi de tous les agents physiques : ***Hydrothérapie, Electricité, Rayons ultra-violets, infra-rouges, Lumière, Diathermie, Aérothérapie.***

PARC DE 5 HECTARES - 12 CHALETS POURVUS DU CONFORT MODERNE

Médecins Directeurs : Drs MIGNON et LEULIER
Médecin-adjoint : Dr PICARD

NEURINASE

amorce le sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

Echons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

AUGMENTATION DE LA PENSION DES MUTILÉS DES YEUX

Aux termes d'une circulaire du Ministre des pensions, les mutilés des yeux de la guerre 1914-1918, et des T. O. E., n'ayant plus que la perception lumineuse d'un œil ou dont la vision d'un œil est réduite à moins de un vingtième, obtiendront, dorénavant, 65 0/0 d'invalidité au lieu de 45 0/0.

Les pensionnés définitifs peuvent, sous certaines conditions, obtenir la révision de leur pension sur ce taux, à compter du 16 septembre dernier.

En portant à la connaissance des mutilés des yeux cette nouvelle qui couronne ses efforts, l'Association des mutilés des yeux, Association reconnue d'utilité publique, dont le siège est 29, rue Guillaume-Tell, Paris, informe les intéressés qu'elle tient à leur disposition le formulaire à remplir par eux pour obtenir satisfaction.

Joindre à la demande, avec un franc en timbres-poste, la copie du diagnostic porté sur la notification.

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)

Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :

Dr J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

Dr R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS

CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

F. D'HOLLANDER et ROUVROY (de Louvain). — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? (Inoculations. Les lésions provoquées)..... 417
REVAULT d'ALLONNES. — L'effet stérioscopique et en général les « effets » psychiques..... 430
Gonzalo BOSCH et Fernando GORRITI (de Buenos-Aires). — Nouvelle forme d'hallucination auditive verbale..... 439

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 10 novembre 1932

Décès du Dr Pierre Kahn, membre titulaire..... 447
LÉVY-VALENSI, MIGAULT et CARON. — Activité procédurière ininterrompue pendant 40 ans chez une délirante processive, fille d'aliénée..... 448
F.-Achille DELMAS et DOITEAU. — Un cas d'amnésie rétrograde totale..... 454
L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Délire aigu post-opératoire par encéphalite. Thrombose de l'aorte et de l'iliaque gauche ; nécrose partielle du pancréas..... 459

Séance du lundi 28 novembre 1932

Allocution de M. Marchand, président. 465
Adoption du procès-verbal..... 465
Correspondance..... 465
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire..... 466
Election d'un membre correspondant national..... 466

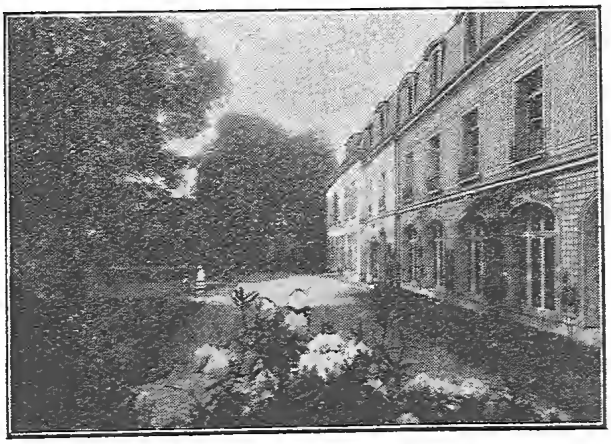
(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance réservée à l'étude des rapports de la tuberculose et de la démence précoce

F. D'HOLLANDER et ROUVROY (de Louvain). — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées. (Discussion) 467

E. TOULOUSE, P. SCHIFF, J. VALTIS et F. VAN DEINSE. — Ultra-virus tubereuleux et démence précoee 474

H. BARUK, Max BIDERMANN et ALBANE. — Tubereulose et démence précoee : reeherches expérimentales. Epilepsie, eatatonie expérimentale et uleérations locales (phénomène de Koch ?) après injeetion à des cobayes allergiques de liquide eéphalo-raehidien de déments préeoees..... 486

L. COUDERC. — La démenee préeoee peut-elle être considérée eomme une méningo-eneéphalite due à un ultra-virus neurotrope de nature tuberculeuse ? Résumé de quelques preuves morphologiques, eliniques et expérimentales 496

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 3 novembre 1932

LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS. — La zone réflexogène du signe de Babinski dans la sclérose en plaques 500

Th. DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. PENET. — Considérations sur l'évolution post-opératoire des astrocytomes du cervelet 500

O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. — Apparition au cours d'une sclérose en plaques d'un syndrome parkinsonien 500

Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — La diplégie faciale corticale (forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire) 501

CHRISTOPHE. — Tumeur intramédullaire chez un enfant de trois ans. Extirpation. Guérison. Classification histologique difficile 501

SCHMITE et LEMOYNE. — Cysticercose cérébrale de la région péribulbaire 501

DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. PENET. — Méningiome de la scissure de Sylvius. Ablation. Guérison 501

Société française de Psychologie

Séance du 10 novembre 1932

G.-H. LUGUET. — Compte rendu du Congrès International de Psychologie de Copenhague (1932) 502

H. WALLON. — Compte rendu du Congrès International d'Education nouvelle de Nice (1932) 502

(*Suite du sommaire page IV*).

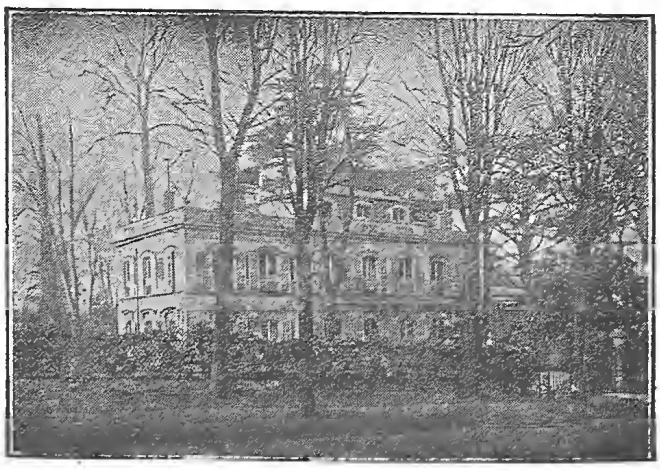
MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : **Dr BUSSARD**

MÉDECIN ASSISTANT : **Dr Paul CARRETTE**

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

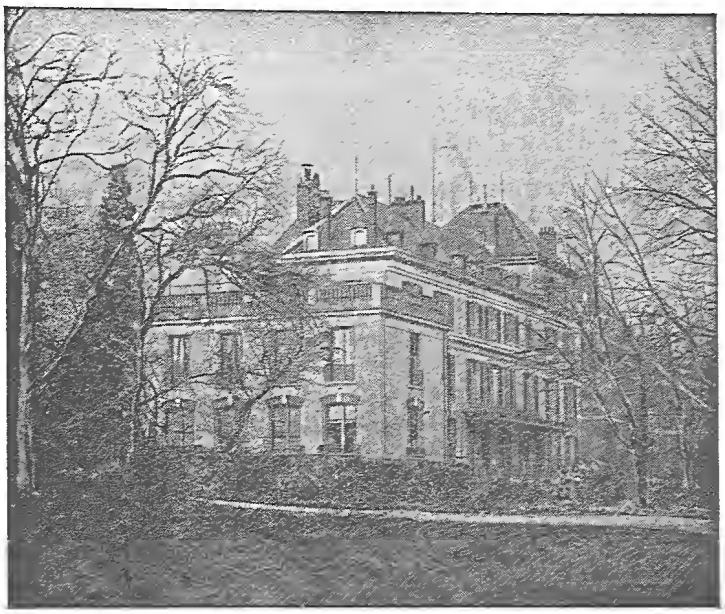
Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 octobre 1932

NEVE. — Réactions anti-sociales chez un névropathe émotif 503
A. LEY. — Les phénomènes éidétiques 503

Société belge de Neurologie

Séance du 22 octobre 1932

Mlle L. STERN. — La barrière hémato-encéphalique 504

Société catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séances du 11 et du 25 octobre 1932

E. TOLOSA. — Considérations sur un cas de gliome occipital gauche 506
E. RODRIGUEZ-ARIAS. — Les altérations leucocytaires du sang dans l'encéphalo-myélite aiguë ; pronostic 507
Sur l'enseignement des infirmiers psychiatriques. (Conclusions votées et présentées à la considération des Pouvoirs publics) 507

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Neuro-psychiatrie.

G. GUILLAIN et P. MOLLARET. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique 508
D. DANIELOPOLU. — Le système nerveux de la vie négative 509

Biologie.

L. MAC-AULIFFE, A. CONSTANTIN, J. MONCHANIN, A. VALENTIN, E. LÉTARD, L. CUÉNOT, A. LÉONET, L. MAYET, A. PHILIP, C. PETIT. — Hérédité et races 509
L. CORMAN et G. ROUSSEAU. — Visages et caractères 510
C. NICOLLE. — Biologie de l'invention 511

Thérapeutique.

A. MARIE et MÉDAKOVITCH. — La fièvre récurrente dans le traitement de la Paralysie générale et du Tabès 511
P. PROST. — Rééducation psychothérapique. Contrôle de l'équilibre mental et nerveux 512
J. PIQUET. — Les abcès cérébraux et leur traitement 512

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

BLEULER. — Contribution au problème de l'hérédité des schizophrènes 513
A. VASSELLI. — Sur la schizophrénie prépubérale 513
KRISSH. — L'interprétation des symptômes schizophréniques comme dissolution de fonctions 514
J.-V. MAY. — Le problème de la démence précoce-schizophrénie 514
J.-V. MAY. — Le problème de la démence précoce-schizophrénie 515
A. SEVERINO. — Des réflexes extra-pyramidaux

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : **Gob. 01.67**

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

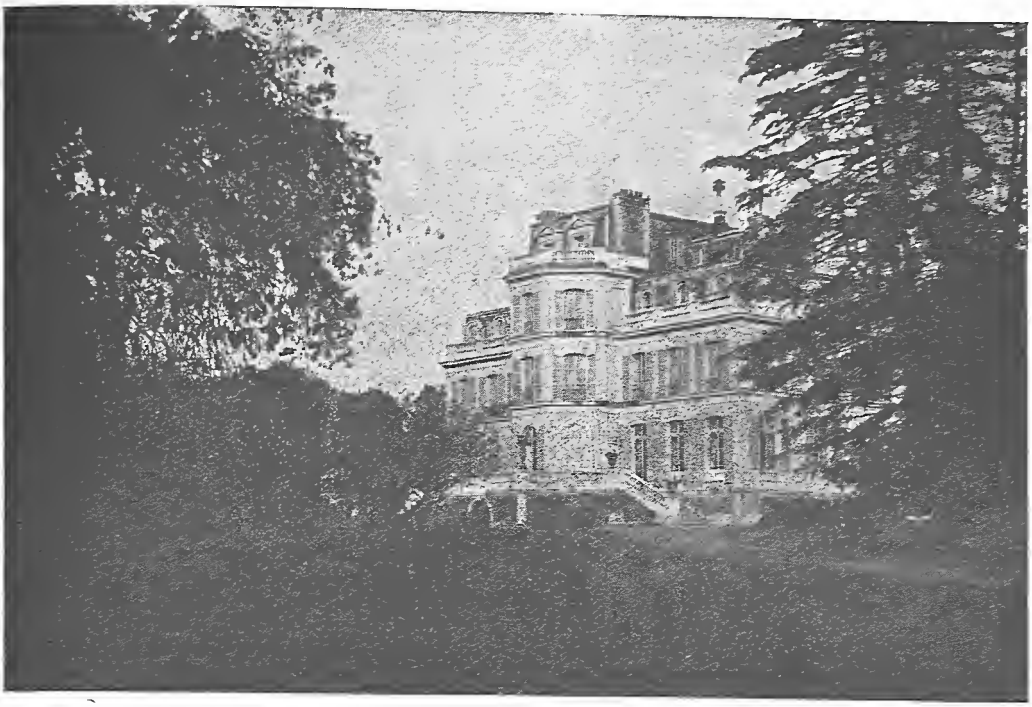
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : **Docteur A. DELMAS**

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : **Docteur P. DELMAS**



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

dans diverses maladies du système nerveux central et en particulier dans la démence précoce 515
P. Prengowski. — Deux formes de l'état terminal des maladies mentales non organiques. Une forme particulière de la stupeur 515
J. Zavodny. — Etiologie alimentaire des psychoses 516
O. Janota. — Troubles psychiques consécutifs à la fièvre typhoïde 516
V. Haskovec. — A propos de l'intoxication chronique par les préparations de codéine.... 517
K. Leonhart. — Etats crépusculaires épisodiques à hérédité similaire 517
F. Guerner. — Démence traumatique 517
G. Halberstadt. — Un cas atypique de psychose présénile 517
J.-M. Cid et F.-J. Ferrer. — Cysticercose cérébrale et démence sénile 518
Ph. Scouras. — Le suicide dans l'armée 518
N.-A. Dayton. — Mortalité dans l'arriération mentale. Analyse de 8.976 cas et de 878 morts dans le Massachusetts dans une période de 14 ans 518

Psychologie.

B. Hart. — Psychologie et Psychiatrie.... 519
L. Taussig. — La notion de la conscience au point de vue psychiatrique 519
L. Taussig. — Quelques rapports psycho-physiologiques entre le sommeil et les psychoses 519
H. Wallon. — Comment se développe, chez l'enfant, la notion du corps propre 520
E. Rabaud. — Les hommes au point de vue biologique 522
M. Pradines. — La fonction biologique du toucher 522
Kolosvary. — De la variabilité des phénomènes psychologiques et de la théorie de M. Etienne Rabaud 522
H. Wallon. — De l'expérience à la notion de causalité et à la représentation symbole (à propos d'un livre récent). Etude critique..... 523
A. Cresson. — Le rôle de la volonté dans la réflexion 523
E. Goblot. — De l'intuition 523
Nageotte. — Sur des troubles visuels insolites et de nature différente observés successivement sur le même sujet 524
J. Nogué. — Le relief des objets incolores.. 524
J. Devolvé. — L'histoire mentale d'Auguste Comte 524
Ch. Andler. — Nietzsche, sa vie et sa pensée 524
R. Lenoir. — La Psychologie de Taine.... 524
K. Koffka. — Les notions d'héréditaire et d'acquis en psychologie 525

Psychanalyse.

J. Billström. — Auto-observation concernant des lapsus graphiques au cours des années 1915-1929 525
G. Bourguignon. — La chronaxie. Définition et notions générales 525
G. Bourguignon. — La chronaxie chez l'homme. Technique 525

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Exellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

G. Bourguignon et R. Humbert. — La Chronaxie et les fonctions musculaires. Physiologie normale 526
G. Bourguignon et A. Radovici. — Les Chronaxies sensitives et les lois des réflexes 526
G. Bourguignon. — La Chronaxie du faisceau pyramidal à l'état normal et dans l'hémiplégie 526
G. Bourguignon et H. Baruk. — Les Chronaxies sensorielles. Le système optique et le nerf vestibulaire 527
G. Bourguignon et D. Bennati. — Les Chronaxies motrices et sensitives en pathologie. Les syndromes chronaxiques 527
A. Marcus. — La névralgie du phrénique... 527
F.-C. Purser. — Sur la nature de la sciatique 528
E.-F. Bogen. — Tumeur pituitaire cause de névralgie faciale 528
C. Angelesco et S. Tzovaru. — Réflexions sur quelques faits concernant les paralysies des nerfs moteurs cranio-rachidiens post-rachianesthésiques 528
J.-M. Macera et A.-L. Domenech. — Polynévrite post-diphtérique à forme céphaloplégique 529
Wiskovsky. — Paralysie atypique associée des nerfs IX, XII et des rameaux pharyngiens du nerf X après fracture de la base de la cavité cranienne postérieure 529
S.-L. Simpson, G.-E. Brown et A.-W. Adson. — La maladie de Raynaud, type de névrose vasomotrice 529
J.-A. Chavany. — Un cas de causalgie 529

Biologie.

E. Burckhard et Ch. Kayser. — De l'origine du rythme nycthéméral 530
A. Rosenblueth. — La sympathine 530
N. Kopeloff, N. Blackman et B. Mc Ginn. — Le lactobacille acidophile dans les maladies mentales 530
W. Lennox. — La circulation cérébrale. Le quotient respiratoire du cerveau et des extrémités. Effet du travail mental 530
M.-G. Bohrod, A.-F. Goodyear et O.-O. Stanley. — Encéphalite avec éosinophilie anormalement élevée 531
F. Proescher et W.-S. Thomas. — Le chlorure de sodium et l'équilibre hydrique dans l'épilepsie 531
K.-H. Krabbe et E. Geert-Jörgensen. — Recherches sur la pression rachidienne et sur le liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies et les thromboses du cerveau 531
H. Arostein. — Résultats négatifs de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les affections syphilitiques du système nerveux.. 532
H.-A. Kemp, H.-R. Gold et C.-B. Shuez. — La malaria chez les oiseaux et la toxine tétanique 532
P. Vaccarezza, J. Peroncini et A.-J. Vaccarezza. — L'azotémie dans le tétanos 532

Endocrinologie.

St. Krakora. — Sécrétion interne et maladies mentales 532

(*Suite du sommaire page X*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

F. Pennachi. — Les glandes endocrines, dans l'épilepsie 533
Durupt et J. Lagarde. — Interprétation des résultats interférométriques dans les troubles endocriniens 533
O. Ciabatti. — Influence du cerveau sur le thymus 533
A.-G. Duncan. — L'effet de l'administration de thyroïde sur la cholestérinémie 534
G. Maranón. — Hyperthyroïdisme et tuberculose 534
Laignel-Lavastine et Y. Boquien. — Résultats comparés de l'interférométrie et du métabolisme de base dans les états hyperthyroïdiens 535
W.-T. Fotheringham. — Hétérotypies de la glande thyroïde 535
J. Sedan. — Cataracte double après thyroïdectomie d'une basedowienne 535
R. Simon et J. Weill. — Opération sur la région des parathyroïdes et rhumatisme déformant 535
E. Coelho. — Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive avec graves troubles mentaux. 536
L. Cuny et D. Quivy. — L'appréciation expérimentale de l'activité des extraits testiculaires 536
Schachter. — Considérations sur l'état actuel de la question des hormones sexuelles des testicules 536
R.-T. Franck. — Modifications des hormones dans les troubles prémenstruels 535
Matulay. — Diabète insipide et adiposité hypophysaire avec quadriplégie 537
J.-T. Blanco. — Lobe postérieur de l'hypophyse et gestation 537
G. Laroche et H. Simonnet. — Etude physiologique et clinique d'une hormone antéhypophysaire 537

Hygiène et prophylaxie.

G. Bosch. — L'organisation de la prophylaxie des maladies mentales en Argentine 537
Vermeylen. — L'organisation médicale de l'Institut de Psychiatrie 538
F.-L. Patry. — Les relations du psychiatre et du médecin scolaire 538
E. Toulouse. — L'école unique et la sélection 538
Mme Stepowska-Mitrinovitch. — Etude sur la prophylaxie des troubles de la parole .. 539
O.-A. Cooper. — Les errements psychologiques de l'adolescent placé dans l'industrie 539
E. Schreider. — Le travail à la chaîne et la prophylaxie mentale 539
P. Emdin. — Dermographisme noir ; une nouvelle méthode d'investigation massive dans l'industrie 540
Milian. — Le danger de la syphilis 540
A. Courtois. — Toujours la question de l'alcool 540
M. Sieur. — Les débits de boissons alcooliques 540
R. Markuszewicz. — Rôle de l'instinct de conservation dans la genèse de l'alcoolisme . 540

(Suite du sommaire page XII).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL
Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aigües et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ
Extrait concentré de vitamines A. B. et C.
Ergostérol irradié
Une cuillérée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminéralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE
Polonovski et Nitzberg
Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE
Polonovski et Nitzberg
4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE
Polonovski et Nitzberg
ou
Ampoules — Goutte — Granules
GÉNOSTHÉNIQUES
Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE
Polonovski et Nitzberg
En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

G. D'HEUCQUEVILLE. — Comment prévenir un suicide ? 541
F. SANO. — Stérilisation des anormaux .. 541
W. HAFER. — Le problème de la stérilisation dite eugénique dans l'indigence intellectuelle congénitale 542
DOPTER, CAMUS, BROUARDEL, BALTHAZARD et ROUX. — Sur la vérification des décès par une expérience médico-scientifique 542

Thérapeutique.

R. SILVA et H. PINERO. — La lactothérapie dans les états d'agitation 543
K.-M. BOWMAN et L. BENDER. — Le traitement de la mélancolie d'involution par l'hormone ovarienne 543
J. FREANKLOWA. — Traitement des aliénés au moyen du sommeil permanent (narcose). 543
D. STEJKOWSKA. — L'influence des productions radiophoniques sur les aliénés 544
MAÈRE. — Le traitement de la démence précoce suivant la dernière méthode de Pilcz ... 544
St. SWIERCZEK. — La malariathérapie dans la sehizophrénie 544
P. VERSTRAETEN. — Sur l'abcès de fixation et la malariathérapie 545
St. SWIERCZEK. — Résultats de la malariathérapie dans l'épilepsie 545
W. GORZKOWSKI. — Quelques remarques sur le gardénal, le gardénal sodique et le somnifène, plus particulièrement dans le traitement de l'épilepsie 545
L.-E. HINSIE et J.-R. BLALOCK. — Traitement de la paralysie générale par la radiothermie 545
W. ORLOWSKI. — Sur la valeur du sang animal, du bore et du fluor dans la maladie de Basedow 546
L. BÉRARD. — Chirurgie de l'hyperthyroïdie. 546
G. AYMÈS. — Les injections gazeuses épidurales 546
F.-G. LINDEMULDER. — Considérations sur les injections épidurales dans le traitement des douleurs sciatiques 546
QUIQUANDON. — Traitement du zona par le salicylate employé par voie endo-veineuse .. 547
A.-M. DOGLIOTTI. — Traitement des syndromes douloureux de la périphérie par l'alcoolisation sub-arachnoïdienne des racines postérieures à leur émergence de la moelle épinière ... 547
B. DESPLAS. — La sympathectomie périartérielle par action chimique 547
P. DUHEM. — La physiothérapie dans le traitement de la poliomyélite 547
M.-H. WEINBERG. — Un cas de méningite à pneumocoques traité par le permanganate de potassium. Guérison 548
P. LÉPINE et P. MOLLARET. — A propos de la protéinothérapie, dite vaccinale, de la selérose en plaques 548
C.-L. RODRIGUEZ. — Contribution au traitement du tétanos généralisé par la méthode de Dufour 548
L. COUVY. — Traitement du tétanos par l'association urotropine et sérum 549
L. PUUSEPP. — Du traitement opératoire de la sy-

(Suite du sommaire page XIV).

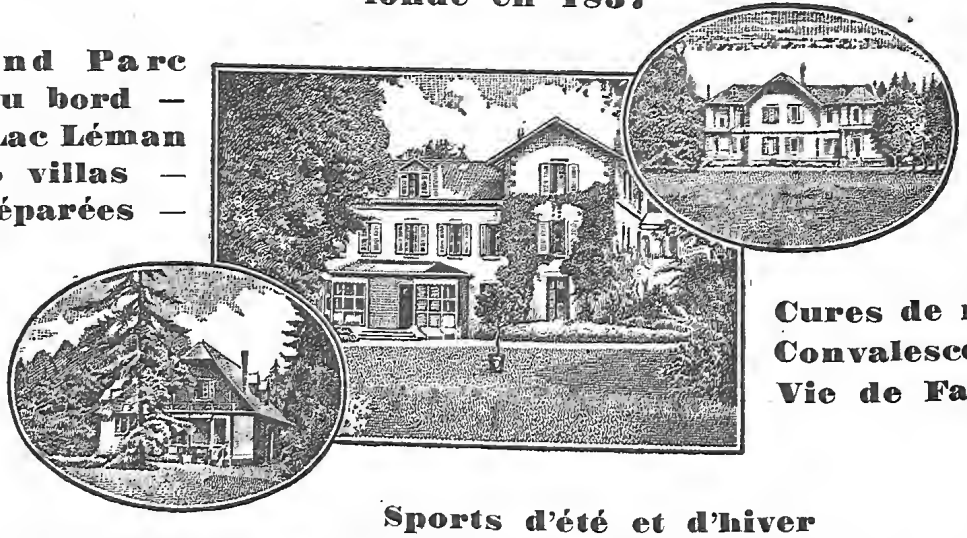
LA MÉTAIRIE

— Près NYON (Suisse) —

Téléphone : 26, Nyon

Etablissement privé de premier ordre fondé en 1857

Grand Parc — au bord — du Lac Léman — 5 villas — — séparées —



Cures de repos
Convalescences
Vie de Famille

Sports d'été et d'hiver

Traitement individuel des MALADIES NERVEUSES et MENTALES et des TOXICOMANIES, dont L'ALCOOLISME.
MALARIATHÉRAPIE et toutes PYRÉTOTHÉRAPIES
3 médecins résidants. Nombreux personnel spécialisé. Demandez prospectus.
Prix modérés. — Médecin Directeur : Dr M. GUILLEREY

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME,** Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET,** Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

ringobulbie et de la syringomyélie ; disparition complète des symptômes de la syringobulbie; amélioration considérable de la syringomyélie ; observation suivie pendant 4 ans 549
Schaeffer. — Le traitement opératoire de la syringomyélie 549

Médecine légale.

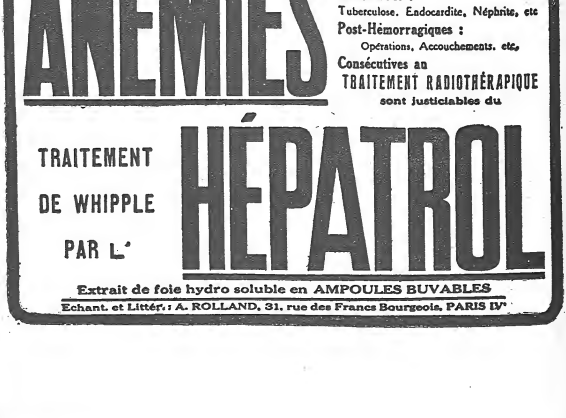
W. Overholser. — Deux années d'application de la loi Briggs dans le Massachusets (1928-1930) 550
N. Palopoli. — Le nouveau Code pénal italien et la réorganisation des établissements de peine 550
J. Van Parys. — Les premières applications de la loi de « défense sociale » du 9 avril 1930 551
L. Vervaeck. — L'annexe psychiatrique des prisons ; son rôle dans l'application de la loi de défense sociale 551
Oliviers. — Les aliénés délinquants tels qu'ils se présentent à l'Asile spécial 552
T. Rega. — Délinquance infantile. Les mineurs délinquants aux Etats-Unis 552
M. Alexander. — Remarques sur quelques délinquants tardifs 553
E. Toulouse. — L'homme criminel et la Conférence Internationale de Droit pénal 553
H. Helweg. — Du meurtre comme crime émotionnel « normal ». 553

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 554
Nécrologie 554
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 555
Médaille d'Honneur de l'Assistance publique 555
Nominations 555
Vacances de postes 555
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française ; XXXVII[e] session (Rabat, 7-13 avril 1933). 555
XXXVIII[e] et XXXIX[e] session 556
Demandes d'admission comme membre titulaire de l'Association 556
Assistance psychiatrique :
L'Assistance psychiatrique en Algérie ... 556
L'Assistance psychiatrique à la Martinique 557
Nécrologie :
J. Babinski (1857-1932) 557
Pierre Kahn (1881-1932) 559
Giulio Cesare Ferrari (1868-1932) 560

INFORMATIONS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (XXXVII[e] session, Rabat, du 7 au 13 avril 1933) XVIII
Voyages médicaux Internationaux dans le Midi de la France XXIV
IX[e] Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur XXVI



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

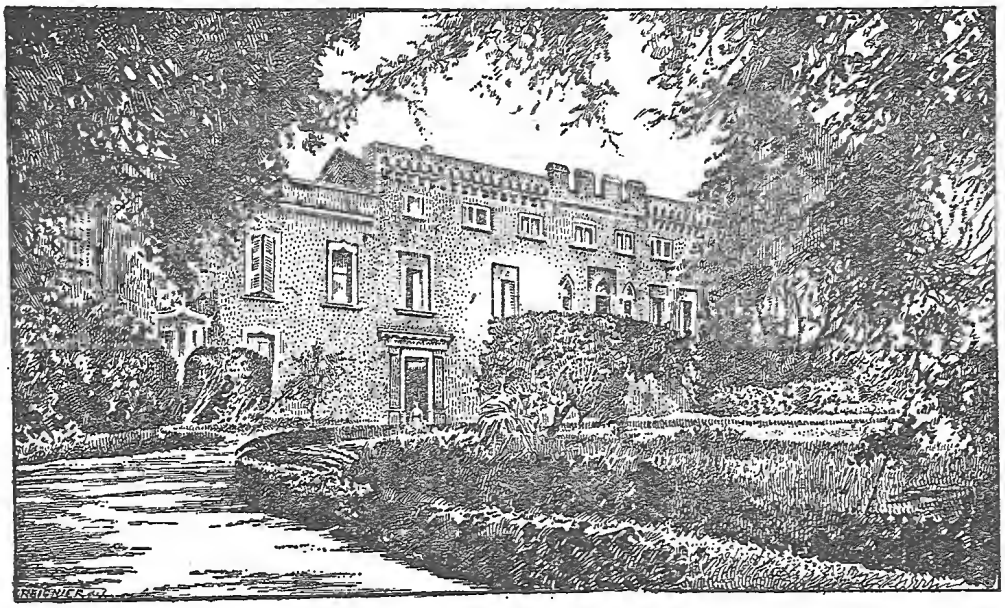
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

EN
INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES

L'ACÉTYLARSAN

RÉUNIT LES
CONDITIONS
REQUISES
PAR LES
DIFFÉRENTES
MODALITÉS DU
TRAITEMENT
ANTISYPHILITIQUE

TRAITEMENT
D'ASSAUT

TRAITEMENT
D'ENTRETIEN

TRAITEMENT
D'ÉPREUVE

HEREDO-SYPHILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

INFORMATIONS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIIe session (Rabat, 7 au 13 avril 1933)

La XXXVIIe Session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Rabat* (Maroc), du **7 au 13 avril** 1933.

Président : M. le professeur Georges Guillain, de Paris.

Vice-Président : M. le Dr L. Lagriffe, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général : M. le Dr René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

(*A suivre, page d'annonces XX*).

ANORMAUX

ARRIÉRÉS ET RETARDÉS PSYCHIQUES
INSTABLES — NERVEUX — ÉPILEPTIQUES

VILLA MARANCY

Avenue des Lilas, **PAU** (B.-P.)

Cet établissement est situé à 2 km. de PAU, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc. Chauffage central. Electricité. Hydrothérapie. Confort moderne

RÉÉDUCATION

par nouvelles méthodes d'observation permettant de suivre de près le développement psychique et la résistance des enfants. Nombre limité de pensionnaires enfants et adultes masculins.

PENSION DE 30 A 60 Fr. PAR JOUR

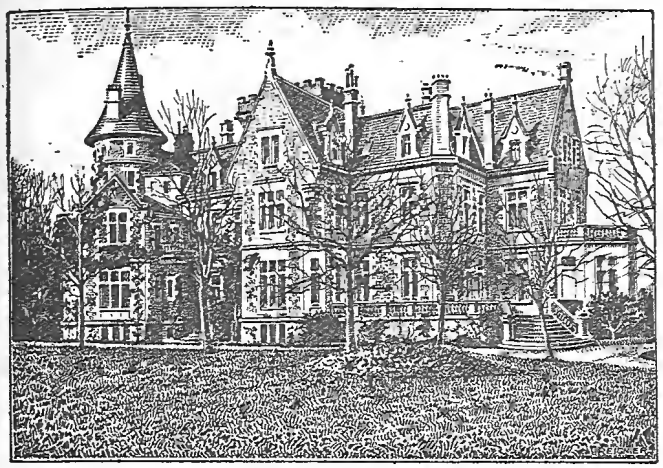
ARRANGEMENTS POUR RÉGIMES

DIRECTEUR : **E. COCONAS,** professeur spécialiste

SERVICE MÉDICAL : **Dr MONESTIER,** médecin honoraire des Asiles

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(*Suite*)

XXXVIIe session (Rabat, 7 au 13 avril 1933)

Secrétaire annuel : M. le Dr de Labretoigne du Mazel, médecin-directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc).

Trésorier : M. le Dr Vignaud, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'*ordre du jour* de la XXXVIIe session.

Psychiatrie : *Les Encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le Dr Léon Marchand, médecin-chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne).

Neurologie : *Les Ataxies.* — Rapporteur : M. le Dr Raymond Garcin, médecin des Hôpitaux de Paris.

Médecine légale : *Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.* — Rapporteur : M. le Dr Paul Abély, médecin-chef du service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

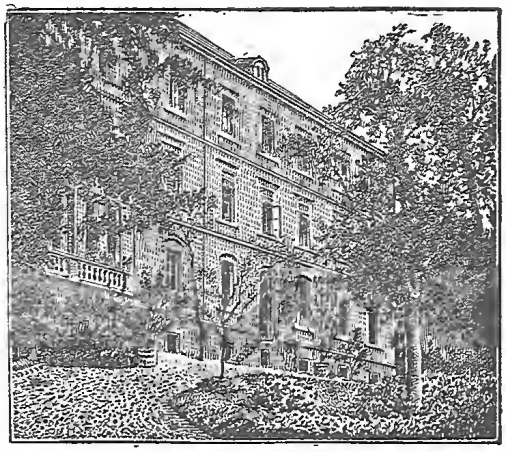
(*A suivre, page d'annonces XXII*).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

LE VÉSINET
(S.-et-O.)
Téléphone : 12

- MAISON DE SANTÉ -
DE LA
VILLA DES PAGES

Fondée en 1890 par le Dr D. Raffegeau

AFFECTIONS NERVEUSES, CONVALESCENCES
ET MALADIES DE LA NUTRITION
CURES DE RÉGIMES

L'installation de 1er ordre permet l'emploi de tous les agents physiques : *Hydrothérapie, Electricité, Rayons ultra-violets, infra-rouges, Lumière, Diathermie, Aérothérapie.*

PARC DE 5 HECTARES - 12 CHALETS POURVUS DU CONFORT MODERNE

Médecins Directeurs : Drs MIGNON et LEULIER
Médecin-adjoint : Dr PICARD

LE CASTEL D'ANDORTE
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -
Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Suite)

XXXVIIe session (Rabat, 7 au 13 avril 1933)

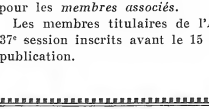
N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Dr Vignaud, *trésorier*, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).

Les membres titulaires de l'Association, versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs pour les *membres adhérents* et de 50 francs pour les *membres associés*.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la 37e session inscrits avant le 15 février 1933 recevront les rapports dès leur publication.

(A suivre, page d'annonces XXIV).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central, Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

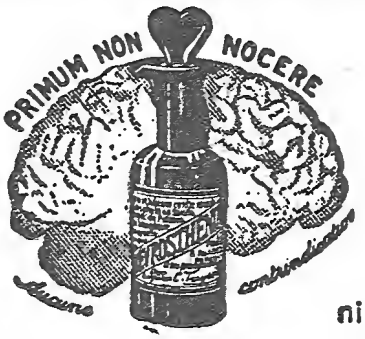
RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel - PARIS (12e)

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d y traiter leurs malad.s

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LE MIDI DE LA FRANCE

Sous le Patronage des *Facultés* de *Bordeaux,* de *Lyon,* de *Marseille* et de *Montpellier,* avec la collaboration de l'*Ecole de Médecine de Grenoble,* de la *Société Médicale* du *Littoral Méditerranéen,* de la *Fédération Médicale, Thermale* et *Climatique* des *Pyrénées,* et des *Sociétés Médicales* de la *Région* des *Alpes,* quatre Voyages Médicaux Internationaux parcourent annuellement le Midi de la France. Deux, durant la Saison d'Hiver (Noël et Pâques), visitent la *Provence,* la *Côte d'Azur* et la *Corse.* Deux parcourent, durant la Saison d'Eté, les *Alpes,* les *Cévennes* et les *Pyrénées.*

Ces Voyages bénéficient d'une technique, d'un confort et d'avantages moraux et matériels, résultant d'une organisation commune et permanente, réglée par dix années d'expérience. Leur caractère scientifique est assuré par la direction de Professeurs des Facultés françaises et étrangères et les démonstrations de Médecins, de Géologues et d'Historiens, spécialisés dans l'Etude des Régions visitées. Leurs Itinéraires permettent de visiter commodément et sans fatigue, en outre des Villes Climatiques et Thermales, les plus belles parties des *Alpes,* du *Languedoc,* des *Cévennes* et des *Pyrénées.*

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

—« PRIX MODÉRÉS »—

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

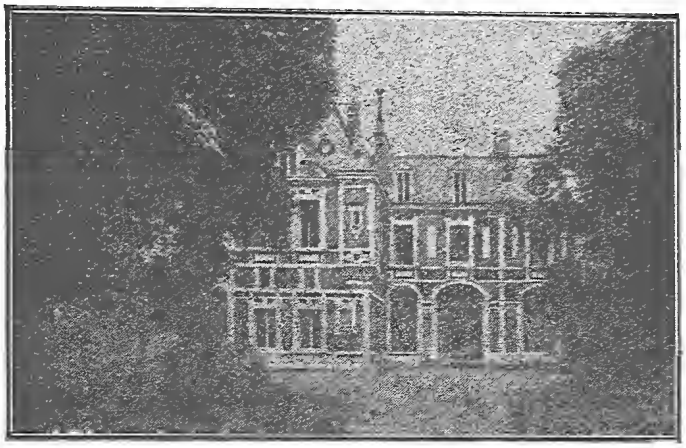
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

54, Faubourg Saint-Honoré, 54 - PARIS (8e)

Médication ANTIASTHÉNIQUE

à base de **Glycérophosphates α et β**

associés à un Extrait Cérébral et Spinal

ANTASTHÈNE

COMPRIMÉS

COMPRIMÉS
AMPOULES

HÉPANÈME

à base d'Extrait **très concentré de Foie**

(d'après la Méthode de WHIPPLE)

associé au Protoxalate de Fer et au Phosphate de Soude Officinal

Médication ANTIANÉMIQUE

PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION

TÉLÉPHONE :
ANJOU 36.45
(2 lignes groupées)

V. BORRIEN
Docteur en Pharmacie

ADRESSE TÉLÉGR. :
RIONCAR-PARIS-123

IXe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL SUR LA COTE D'AZUR

Le voyage annuel de Noël sur la Côte d'Azur (Voyage bleu), organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, se concentrera, cette année, à Cannes, après Noël. — Une excursion préliminaire aura lieu dans les montagnes de l'Estérel, où l'on visitera Fréjus, Saint-Raphaël, et les stations de la Corniche d'Or. Une réception à Grasse terminera cette première étape. — Puis, le voyage parcourra Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, la Turbie, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et Villefranche. Ainsi seront visitées les stations les plus renommées de la Côte d'Azur et ses plus belles routes touristiques. — De luxueuses réceptions sont prévues, notamment à Cannes et à Monaco où les voyageurs seront les hôtes du gouvernement princier. Au château de Grimaldi, ils visiteront le laboratoire du docteur Voronoff. — Tous les parcours seront effectués en autocar de luxe et le logement sera assuré dans les principaux palaces de la côte.

Le retour à Nice s'effectuera dans les premiers jours de janvier et l'on assistera à la première assemblée de l'Institut de recherches

(*A suivre, page d'annonces XXVIII*).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament **l'instruction, l'éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

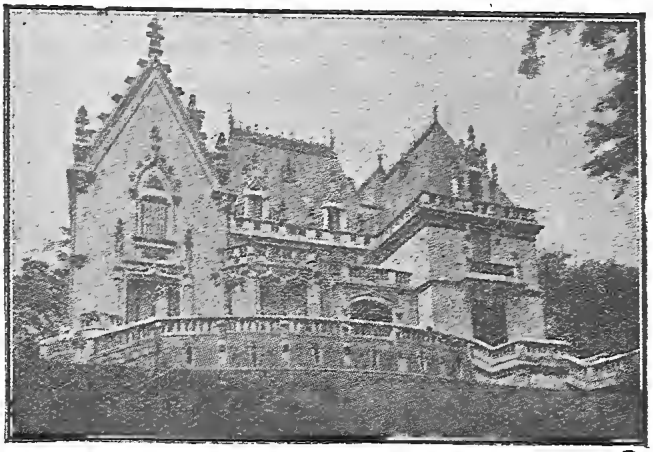
« LA SOLITUDE »

3, rue de Clamart, le Plessis-Robinson (Seine)

Téléphone : CLAMART 134

A. KLACKIN
Administrateur-Directeur

PARC DE 5 HECTARES



Dr M. MONTASSUT
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris Directeur Médical

LUXUEUX CONFORT

Un des points les plus élevés des environs de Paris (210 m.) a 6 km. de Paris (Porte de Châtillon et de Versailles)

PSYCHONEVROSES. NEVROSES. SYNDROMES DEPRESSIFS ET ANXIEUX

LES ÉTATS DÉLIRANTS, DÉMENTIELS ET D'EXCITATION NE SONT PAS ADMIS

Epilepsie
ALEPSAL
simple, sûr, sans danger

Échantillons & Littérature

LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

IXe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

solaires et cosmiques, qui sera tenue au Palais de la Méditerranée. Puis une excursion terminale aura lieu dans les Alpes, avec sports d'hiver à Beuil. — Une excursion en Corse pourra être aussi organisée pour les voyageurs qui en feront la demande.

Ce voyage est placé sous la présidence et la direction scientifique de M. le professeur FORGUE, membre correspondant de l'Institut (clinique chirurgicale) ; de M. le professeur Marcel LABBÉ (clinique médicale) ; et de M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE (histoire de la médecine et de la chirurgie).

En raison des circonstances économiques, les organisateurs se sont efforcés de restreindre la durée et les frais de voyage. On peut écrire, dès à présent, au *Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice,* pour réserver des places et se faire adresser le programme détaillé. Le droit d'inscription est de cent francs. Le nombre des participants est limité et les adhérents seront admis dans l'ordre des inscriptions. Ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois sur les réseaux de chemins de fer français. — La cotisation pour le voyage est de *mille francs.*

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)

Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :

Dr J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

Dr R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS

CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1932

MÉMOIRES ORIGINAUX

R. Semelaigne. — Quelques souvenirs d'un passé récent 561
J. Capgras et E. Joaki. — Psychose mixte. (Délire hallucinatoire de compensation à double forme)..... 574
A. Porot et D.-C. Arrii. — L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs..... 588

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 décembre 1932

Lévy-Valensi, Masquin et Mareschal. — Hypomanie délirante 612
H. Claude, H. Baruk et J. Forestier. — Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique 617
A. Courtois et Mme Y. André. — Délire

(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

Directeur : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr Charles GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(Seine)

Téléphone : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique 624
L. Marchand et A. Courtois. — Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général 627
Tinel. — Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales. 632

Séance du jeudi 22 décembre 1932

Assemblée générale 634
Adoption du procès-verbal 634
Correspondance 634
Prix de la Société Médico-Psychologique 635
Modifications au Règlement 636
Décisions du Conseil d'Administration concernant les communications des personnes étrangères à la Société 637
Rapport de la Commission des Finances 637
Election du Bureau pour 1933 638
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1933 639
Conseil d'Administration 639
Commission des Finances 640
Election d'un membre correspondant national 640
Election d'un membre associé étranger. 640
H. Claude, G. Bourguignon et H. Baruk. — Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébéphrénie.... 641
P. Courbon et J. Tusques. — Régression complète d'un syndrome hébéphréno-catatonique après mastoïdite opérée 658
P. Courbon et J. Tusques. — Récidive d'une paralysie générale en régression après torsion sigmoïdienne 663
M. Cahane. — Le chlore cérébral dans certaines psychoses 664

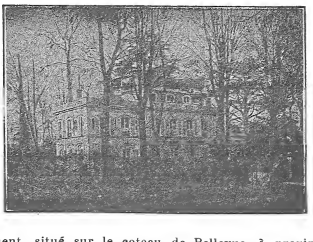
(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

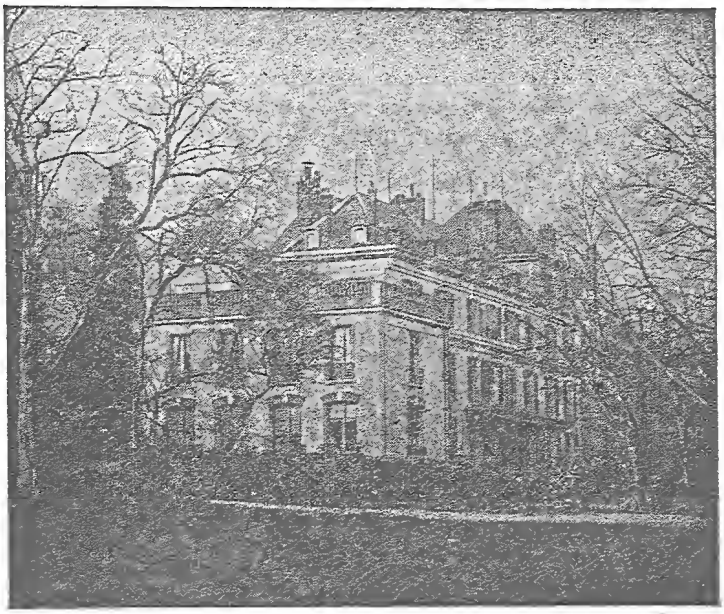
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1er décembre 1932

LHERMITTE, BOLLAK et DELABOS. — Syndrome infundibulo-mésodien céphalique. Influence de la ponction lombaire sur l'hypersomnie et la polyurie 669

J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et R. ALBESSARD. — Un cas de chorée post-apoplectique 669

J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et R. ALBESSARD. — Lésion probable du corps de Luys. Hémichorée droite post-apoplectique 670

G. MARINESCO et Mme M. NICOLESCO. — Un cas de parkinsonisme accompagné de crises oculogyres et d'hallucinations colorées 670

P. HARVIER et J. DECOURT. — Sur un cas de myotonie atrophique avec bradycardie, polyurie et obésité 670

L. BINET, F. MOLLARET et M.-V. STRUMAN. — Paraplégie d'allure fonctionnelle au cours d'une anémie expérimentale chez le chien..... 670

G. GUILLAIN et R. THUREL. — Myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques associées à des myoclonies synchrones squelettiques. 671

A. THOMAS. — Galactorrhée et tabès 671

A. THOMAS, SCHÆFFER, DE MARTEL et GUILLAUME. — Kyste hémorragique sous-cortical avec hémorragie ventriculaire. Néoplasme intracranien probable 671

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 novembre 1932

DE GREEF. — Un épileptique 672

EVRARD. — A propos d'un état paranoïde.. 672

VERSTRAETEN et DE VOS. — Syndrome de Korsakoff d'origine paludéenne 672

GUILMOT. — Un syndrome parkinsonien post-encéphalitique 673

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

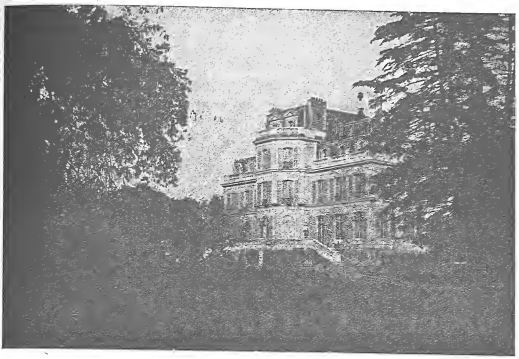
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

Société belge de Neurologie

Séance du 26 novembre 1932

VAN GEHUCHTEN. — Maladie de Wilson 673
DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU. — Cysticercose cérébrale. Opération. Guérison 674
L. VAN BOGAERT et R. LEY. — Contribution à la sémiologie des troubles pseudo-cérébelleux et vaso-moteurs d'origine paracentrale..... 674
DE BUSSCHER. — Tabès et agoraphobie..... 674

Société catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance du 29 novembre 1932

B. RODRIGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA. — Cas de polynévrite par béribéri 675
B. RODRIGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA. — Lipomes symétriques multiples des extrémités et signes polynévritiques simulant une maladie de Recklinghausen 675
E. TOLOSA. — Sur les médullo-blastomes du vermis 676

RÉUNIONS ET CONGRÈS

88e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association

(Philadelphie, 31 mai-3 juin 1932)

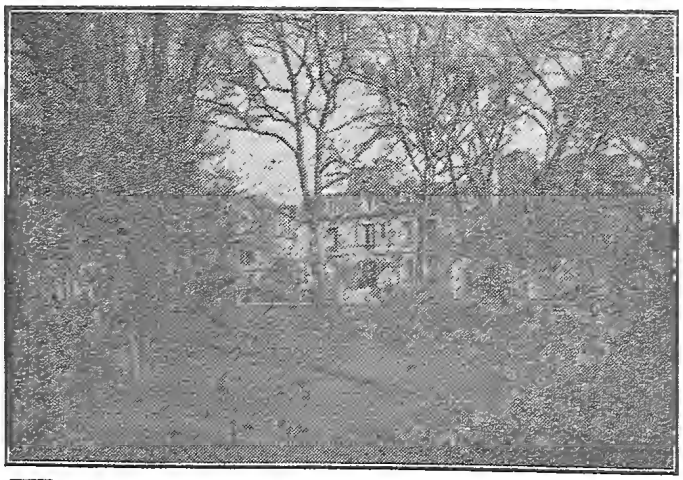
Henry DONALDSON. — Discours annuel 677
J.-C. WHITEHORN et G. ZILBOORG. — Les tendances des recherches actuelles de la psychiatrie américaine 678
T. FRENCH. — Corrélation entre la psychanalyse et l'œuvre expérimentale de Pavlov 678
J. KASANIN. — Les psychoses schizo-affectives aiguës 679
K. SMITH. — De la manière de traiter en pratique les problèmes d'hygiène mentale à l'Université de Californie 679
O. RAEDER. — La suggestion par la pratique de la psychothérapie 679
L. SMITH. — Psychothérapie intensive dans un hôpital clinique 680
THOM. — Psychothérapie en pratique privée 680

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle, 5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Exellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

MALAMUD. — Les éléments dynamiques de la détermination du type de réaction psychiatrique 681
L.-B. ALFORD. — Emotions et conscience au cours des encéphalopathies 681
PATTEN et ALPERS. — Lésions cérébrales lors de la naissance 682
WINKLEMAN. — De l'importance d'étudier les artérioles corticales dans l'analyse des problèmes psychiatriques 682
T. MOORE. — L'encéphalographie dans 50 cas de démence précoce 683
WERTHAM. — De la non-spécificité des lésions histopathologiques de la paralysie générale 683

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Médecine légale.

Etienne MARTIN. — Précis de médecine légale 684

Psychiatrie.

GUILAROVSKY. — Manuel de psychiatrie.... 685
CHAILLET. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique 686
A. BERNAUX. — Contribution à l'étude de la constitution physique dans la démence précoce 687
D. LAURENT. — La phase somatique prodromique de la démence précoce 687
H. TOURAINE. — Indifférence et apragmatisme sexuels chez les déments précoces..... 688
R. THUILLIER. — La vie maladive de Molière 688

Psychanalyse.

DORER. — Les bases historiques de la psychanalyse 690

Neurologie.

I. ALPER. — Névrite rétrobulbaire aiguë d'origine infectieuse. Etude anatomo-clinique 691

Assistance.

P. CROUZON. — Les assurances sociales 691

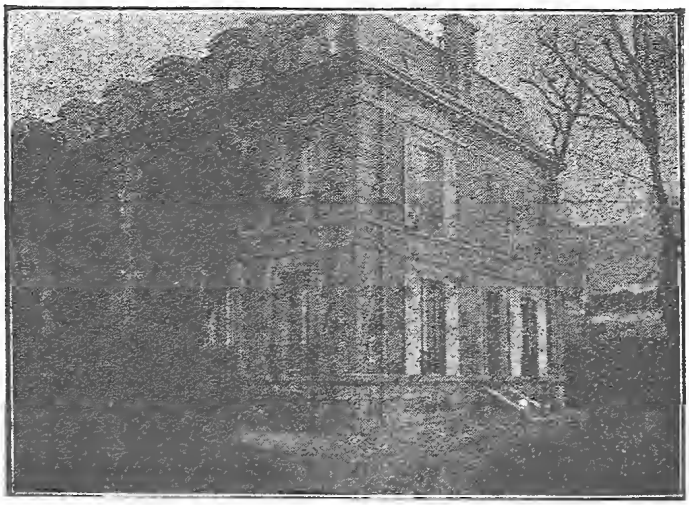
(*Suite du sommaire page X*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pedagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants amèliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

JOURNAUX ET REVUES

Médecine légale.

L. Vervaeck. — Contribution à l'étude des problèmes de Médecine légale psychiatrique relatifs aux toxicomanies 692
J. Fuster. — L'épreuve psychologique des « P » chez les délinquants habituels 693
R. Cisternas et J. Laurnagaray. — Considérations sur la simulation de la folie..... 693
R. Cisternas et J. Laurnagaray. — Considérations sur la simulation de la folie chez les délinquants 693
A. Fribourg-Blanc. — La dissimulation volontaire des troubles psychiques 694
A. Ley. — Sur la Desmotériophilie 694
A. Gœmans. — Erotomanie 695
Krivy. — Contribution à l'étude de la pédophilie 695

Neurologie.

E. Moniz. — L'encéphalographie artérielle. 695
E. Ask-Upmark. — Expériences sur l'encéphalographie avec étude spéciale sur l'insufflation d'air par ponction sous-occipitale..... 695
Th. de Martel, Monbrun et J. Guillaume. — La stase papillaire aiguë 696
Th. de Martel, Monbrun et J. Guillaume. — L'avenir ophtalmologique des opérés de tumeurs de la région hypophysaire..... 696
J.-Ch. Fox, F.-H. Couch et R. Dodge. — Nystagmus optique 696
E.-S. Gurdjian et N.-H. Schlafer. — Fracture du crâne avec lésion du cerveau. Le diagnostic de la déchirure de la surface orbitaire des lobes frontaux 697
J. Abadie et R. Bargues. — Les formes cliniques des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes spontanées de l'adulte 697
Y. Scheftel. — Maladie de Pélizaeus-Merzbacher (Selérose centrolobaire familiale). Constatations cliniques à propos de deux cas 697
A. Subirana. — Etude des troubles de la marche dans le syndrome vestibulo-spinal 698
K. Winther. — Etude sur les syndromes hémibulbaires. Les voies sympathiques dans le bulbe 698
G. Guillain, R. Garcin et I. Bertrand. — Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type parkinsonien 698

(Suite du sommaire page XII).

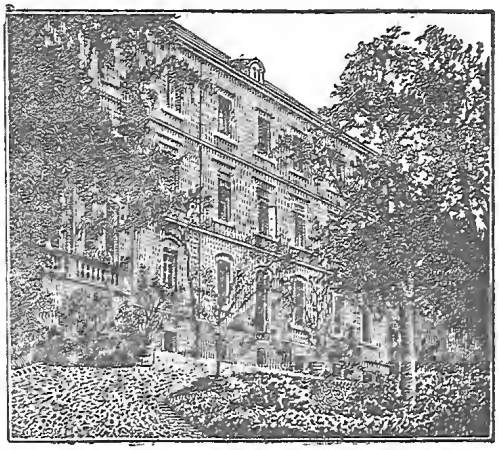
CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses

et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

J.-C. Montanaro, J.-L. Hanon et E.-F. Bonnet. — Syndrome d'Oppenheim ; variété de torsion spasmodique 699

D. Paulian, D. Ionescu et I. Bistriciano. — Contribution à l'étude de l'encéphalo-myélite expérimentale. Virus dermo-neurotrope 699

J. Dagnélie et L. van Bogaert. — Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalo-myélite disséminée aiguë à évolution mortelle chez un enfant 699

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Dates des séances 700

Nécrologie 700

Asiles publics d'aliénés :

Légion d'honneur 700

Nominations 701

Vacances de postes 701

A propos d'un projet de désaffection des locaux de l'Asile Sainte-Anne 701

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française :

Approbation du Règlement 703

Inscriptions 703

Académie de Médecine :

Prix décernés en 1932 704

Institut des Hautes Etudes de Belgique.... 701

INFORMATIONS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (XXXVIIe session, Rabat, du 7 au 13 avril 1933) XIV

ANÉMIES

Graves : Biermer, etc.

Palustres : Insuffisance Hépatique

Secondaires :

Tuberculose. Endocardite. Néphrite, etc

Post-Hémorragiques :

Opérations. Accouchements. etc.

Consécutives au

TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

sont justiciables du

TRAITEMENT

DE WHIPPLE

PAR L'

HÉPATROL

Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES

Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV^e^

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

CONGRÈS des MÉDECINS ALIÉNISTES et NEUROLOGISTES

de France et des Pays de langue française

XXXVII^e Session — Rabat (7-13 avril 1933)

Sous le Haut Patronage de M. LUCIEN SAINT, Sénateur, Ministre plénipotentiaire Commissaire Résident Général de la République Française au Maroc

BUREAU DE LA 37^e SESSION

Président : M. le Professeur Georges GUILLAIN, de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Vice-président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général : M. le Docteur René CHARPENTIER, Médecin des Asiles publics d'aliénés, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire annuel : M. le Docteur DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Médecin-Directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc).

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, à Paris (XIV^e).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS

VENDREDI 7 AVRIL

14 h. 30. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le RÉSIDENT GÉNÉRAL. (Direction de la Santé et de l'Hygiène Publiques, avenue des Touargas).

17 heures. — *Réception des Congressistes* par la Ville de Rabat.

SAMEDI 8 AVRIL

9 h. 15. — 1^er RAPPORT. — PSYCHIATRIE :

Les Encéphalites psychosiques. — Rapporteur : M. le Docteur L. MARCHAND, Médecin-Chef à l'Asile Clinique Sainte-Anne (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

14 h. 15. — *Séance de Communications* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la ville de Rabat* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

Réception à la Résidence Générale.

DIMANCHE 9 AVRIL

EXCURSION A BER RÉCHID :

8 h. 30. — Départ par train spécial de la gare de Rabat.

10 h. 40. — Arrivée à Ber Réchid. Visite de l'Hôpital Neuropsyehiatrique.

11 h. 30. — *Réception* par M. le Contrôleur Civil de la Circonscription de Chaouïa Centre.

12 h. 30. — *Repas indigène.*

16 h. 30. — Départ de Ber Réchid par train spécial.

18 h. 48. — Arrivée à Rabat

(Prix du transport : 55 francs).

LUNDI 10 AVRIL

9 h. 15. — 2^e RAPPORT. — NEUROLOGIE :

Les Ataxies. — Rapporteur : M. le Docteur Raymond GARCIN, Médecin des Hôpitaux de Paris (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

14 h. 15. — *Séance de Communications* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la Medersa et du Musée des Oudaïas* (Départ des cars de l'Hôtel Balima, avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

MARDI 11 AVRIL

9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE des membres titulaires du Congrès. (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

N. B. — L'Assemblée générale des membres titulaires de l'Association sera immédiatement suivie de l'Assemblée générale des médecins des Etablissements publics d'aliénés de France.

14 h. 15. — *Séance de Communications.* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la Tour Hassan et de la Ville de Salé.* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

21 heures. — *Réception indigène.*

(A suivre, page d'annonces XVIII).

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

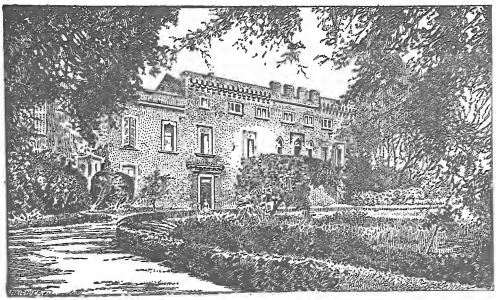
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS



PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0gr,10, 0gr,05 ET 0gr,01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3ème



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

MERCREDI 12 AVRIL

9 h. 15. — 3e Rapport. — Médecine légale :

Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques. — Rapporteur : M. le Docteur Paul Abély, Médecin-Chef du Service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine). (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

14 h. 15. — *Séance de Communications.* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay). Clôture du Congrès.

16 h. 45. — *Visite de Chella.* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

21 heures. — *Soirée* offerte par le Président et les membres du Congrès dans les Salons de l'Hôtel Balima, Avenue Dar-el-Maghzen. (Tenue de soirée. La carte d'invitation sera demandée à l'entrée).

Pour les promenades du 8 avril (visite de la ville de Rabat), du 10 avril (visite de la Medersa et du Musée des Oudaïas), du 11 avril (visite de la Tour Hassan et de la ville de Salé), et du 12 avril (visite de Chella), s'inscrire auprès de l'Agence Exprinter. Le prix total du transport en car pour les 4 promenades est de 15 francs par personne.

JEUDI 13 AVRIL

Visite de Casablanca :

9 h. 28. — Départ par train spécial de la gare de Rabat.

10 h. 58. — Arrivée à Casablanca. A l'arrivée, autocar de la gare au siège de la Région Civile. (Prix du transport, train et autocar : 20 francs).

11 h. 30. — *Réception* par M. le Chef de la Région Civile de la Chaouïa. (Région Civile, boulevard Gouraud).

12 h. 30. — *Déjeuner* offert aux Congressistes par l'Hôpital Neuro-psychiatrique de Ber-Rechid. (Restaurant du Roi de la Bière, boulevard du 4e-Zouaves).

15 heures. — Visite de la Ville de Casablanca et du Pavillon de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Civil. (Départ en autocar du Restaurant du Roi de la Bière).

16 h. 45. — Arrêt à l'Hôpital civil.

17 h. 30. — Retour à la Place de France. (Prix du transport par autocar, pendant l'après-midi : 20 fr. S'inscrire à l'Agence Exprinter).

(*A suivre, page d'annonces XXII*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

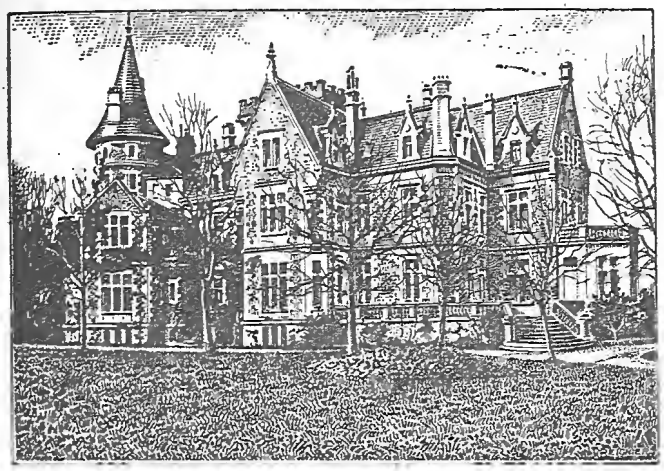
Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

"LA MÉTAIRIE"

près NYON

Adresse : « La Métairie », Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 28 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin-directeur : Dr M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.

LE CASTEL D'ANDORTE

342, Route du Médoc
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

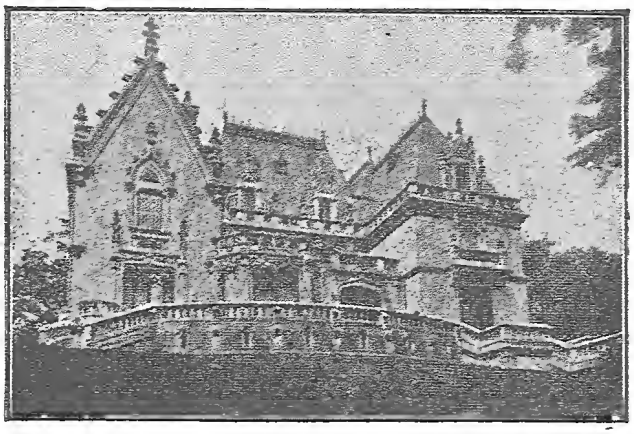
« LA SOLITUDE »

3, rue de Clamart, le Plessis-Robinson (Seine)

Téléphone : CLAMART 134

A. KLACKIN
Administrateur-Directeur

PARC DE
5 HECTARES



Dr M. MONTASSUT
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris
Directeur Médical

LUXUEUX
CONFORT

Un des points les plus élevés des environs de Paris (210 m.) a 6 km. de Paris
(Porte de Châtillon et de Versailles)

PSYCHONEVROSES. NEVROSES. SYNDROMES DEPRESSIFS ET ANXIEUX

LES ÉTATS DÉLIRANTS, DÉMENTIELS ET D'EXCITATION NE SONT PAS ADMIS

VOYAGE

PASSEPORT

Il est **indispensable** d'être muni d'un passeport pour se rendre au Maroc.

A. RÉDUCTIONS ACCORDÉES AUX CONGRESSISTES

I. Chemin de fer

1° En France

Réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français

Les *Grands Réseaux de Chemins de fer français,* tenant compte du caractère du Congrès, ont bien voulu accorder exceptionnellement, sous forme de bons individuels, une *réduction de 50 0/0* à l'aller et au retour (passible de l'impôt spécial de 15 0/0) aux congressistes français et étrangers régulièrement inscrits partant de France ou la traversant, et ayant à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Les Congressistes porteurs de ces bons de réduction sont d'autre part autorisés à utiliser les trains dans les conditions prévues pour les voyageurs porteurs des billets à plein tarif.

Validité des bons. — Les bons de réduction seront valables du *31 mars 1933 au 5 mai 1933.*

2° En Espagne

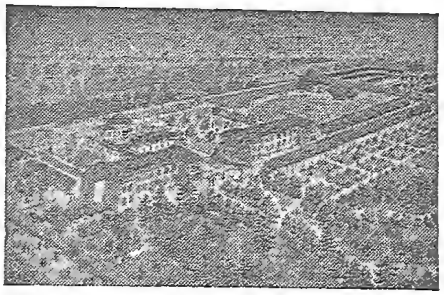
Réduction de 35 0/0 sur les Chemins de fer espagnols

Les congressistes traversant l'Espagne pourront bénéficier exceptionnellement des billets spéciaux G. V. N. 108, leur donnant une réduction de 35 0/0 sur le billet, trajet direct, de leur point frontière d'entrée en Espagne à Algeciras. Les porteurs de ces billets auront accès à tous les trains ; le nombre de places dans chaque train est toutefois strictement limité. Il y a donc intérêt à établir son itinéraire le plus tôt possible, en accord avec l'Agence Exprinter.

D'autre part, nous signalons qu'il existe en Espagne :

a) des billets semi-circulaires à prix réduits, qui permettront aux congressistes de visiter complètement l'Espagne.

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

ANORMAUX

ARRIÉRÉS ET RETARDÉS PSYCHIQUES
INSTABLES — NERVEUX — ÉPILEPTIQUES

VILLA MARANCY

***Avenue des Lilas*, PAU (B.-P.)**

Cet établissement est situé à 2 km. de PAU, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc. Chauffage central. Electricité. :-: :-: Hydrothérapie. Confort moderne :-: :-:

RÉÉDUCATION

par nouvelles méthodes d'observation permettant de suivre de près le développement psychique et la résistance des enfants. Nombre limité de pensionnaires enfants et adultes masculins.

PENSION DE 30 A 60 Fr. PAR JOUR

ARRANGEMENTS POUR RÉGIMES

DIRECTEUR : **E. COCONAS,** professeur spécialiste

SERVICE MÉDICAL : **Dr MONESTIER,** médecin honoraire des Asiles

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

b) *des billets kilométriques.* Ces billets valables dans tous les trains peuvent être utilisés par plusieurs personnes de la même famille voyageant ensemble ou isolément. Le minimum de kilomètres à pareourir pour une seule personne est de 3.000 km.

3° Au Maroc

Réduction de 50 0/0 sur les Chemins de fer du Maroc

La Compagnie des Chemins de fer du Maroc a bien voulu accorder exeeptionnellement aux congressistes une réduction de 50 0/0, sur simple présentation de la earte de congressiste, sur les réseaux à voie normale du Maroe (C. F. M. et T. F.). A titre exceptionnel, un tarif spéeial sera, de plus, aceordé aux congressistes excursionnant au Maroe par groupe de 10 personnes au moins.

2. Compagnies de navigation

A. *Réduction de 30 0/0 (passage simple) et de 35 0/0 (passage aller et retour)*

Compagnie générale transatlantique

(Serviee de Bordeaux à Casablanca)

Aller : Départ de Bordeaux le 4 avril. — Arrivée à Casablanca le 7 avril. Cet horaire permet d'arriver à Rabat pour la séanee d'ouverture.
Retour : Départ de Casablanea le 18 avril. — Arrivée à Bordeaux le 21 avril.

Compagnie paquet

(Service de Marseille à Tanger et Casablanca)

Aller : Départ de Marseille le 1er avril, escale à Tanger le 3. — Arrivée à Casablanca le 4 avril.
Retour : Départ de Casablanca le 15 avril, escale à Tanger le 16. — Arrivée à Marseille le 18 avril.

B. *Réduction sur le trajet Algeciras-Tanger*

Transmediterranea

(Serviee Algeeiras-Tanger)

Il est accordé une réduction de 20 0/0 sur les billets simples.
Départ tous les jours d'Algeciras à 14 heures et de Tanger à 8 heures 30. — Durée de la traversée : 3 heures.

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
« PRIX MODÉRÉS »

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53 318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

Bland line
(Service Gibraltar-Tanger)

Il est accordé une réduction de 8 shellings par passage en 1re classe.
Départs quotidiens. — Durée de la traversée : 3 heures.

3. Compagnie de navigation aérienne

Compagnie aéro-postale
(Service de Toulouse-Rabat-Casablanca)

Il est accordé aux congressistes une réduction de 20 0/0 sur le trajet Toulouse-Rabat et sur le trajet Rabat-Casablanca.

Le nombre de places étant limité, il est indispensable de s'inscrire assez longtemps d'avance.

4. Services automobiles

De nombreux services automobiles relient les points principaux du Maroc. — Certains sont cependant à éviter en raison des transports mixtes qu'ils assurent.

Avis important

Toutes les demandes de billets de réduction, concernant les Compagnies de Chemins de fer, les Compagnies de Navigation maritimes et aériennes, ainsi que les inscriptions aux diverses excursions, devront être adressées à l'Agence Exprinter, *26, avenue de l'Opéra à Paris, avant le 15 février 1933, dernier délai.*

Séjour à Rabat pendant la session

L'Agence Exprinter a établi pour le séjour à Rabat-Casablanca pendant la session *un prix forfaitaire :* du 7 avril au matin au 13 avril au matin : *par personne, 480 francs.*

Ce prix comprend : la chambre à Rabat avec douche ou bain privé, dans un hôtel de premier ordre, les repas (3 repas chaque jour sans boisson), service, pourboires.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone : 12

- MAISON DE SANTÉ -

DE LA

VILLA DES PAGES

Fondée en 1890 par le Dr D. Raffegeau

AFFECTIONS NERVEUSES, CONVALESCENCES
ET MALADIES DE LA NUTRITION

CURES DE RÉGIMES

L'installation de 1er ordre permet l'emploi de tous les agents physiques : *Hydrothérapie, Electricité, Rayons ultra-violets, infra-rouges, Lumière, Diathermie, Aérothérapie.*

PARC DE 5 HECTARES - 12 CHALETS POURVUS DU CONFORT MODERNE

Médecins Directeurs : Drs MIGNON et LEULIER
Médecin-adjoint : Dr PICARD



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1933 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité (1).

La cotisation des *membres adhérents* à la 37e session a été fixée à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Envoyer le montant des cotisations *en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal,* avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, *trésorier,* 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.

(1) Adresser les candidatures au Docteur René CHARPENTIER, Secrétaire général, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)

Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :

Dr J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

Dr R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS

CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.